



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem

Author: Sara Knapik-Szweda

Citation style: Knapik-Szweda, Sara. (2018). Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Instytut Pedagogiki
Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem

Sara Knapik-Szweda

Rozprawa napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Katarzyny Krasoń,
oraz promotora pomocniczego
dr Ludwika Koniecznej-Nowak

Katowice 2018

Podziękowania

Chciałabym podziękować wielu osobom, którzy przyczynili się do powstania tej pracy.

*Składam serdeczne podziękowania mojej pani promotor **prof. dr hab. Katarzynie Krasoń** za wsparcie merytoryczne i mobilizację oraz **dr Ludwice Koniecznej-Nowak**, mojemu promotorowi pomocniczemu za wsparcie z zakresu muzykoterapii.*

*Specjalne podziękowania kieruję do dzieci biorących udział w badaniu: **Piotrka, Julii, Oskara, Damiana, Maćka, Miłosza, Natalii, Alana** ich rodziców i opiekunów.*

*Dziękuję instytucjom, które umożliwiły mi przeprowadzenie badania – **Niepublicznemu Przedszkolu Edukacyjno-Rehabilitacyjnemu „Odrodzenie” w Katowicach, Miejskiemu Przedszkolu Integracyjnemu z Oddziałami Specjalnymi nr 47 w Katowicach, Terapeutycznemu Punktow Przedszkolnemu „Wyjątkowa Kraina” w Mikołowie oraz Fundacji „Spectrum Liberi” w Chorzowie.***

*Dziękuję mojej siostrze **mgr Agacie Knapik-Mikołajczak** za tłumaczenie narzędzi oraz pani **Paulinie Kielan** za redakcję tekstu.*

*Jestem ogromnie wdzięczna moim **rodzicom** za mobilizację, a **w szczególności mojemu mężowi Piotrowi** za wsparcie emocjonalne, cierpliwość i motywowanie do dalszych działań.*

STRESZCZENIE

Polem dociekań niniejszej rozprawy doktorskiej pt. *Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem* stały się dwa zagadnienia: pierwszym z nich jest **autyzm** jako rodzaj zaburzenia obejmującego sfery rozwojowe, takie jak sfera społeczna, komunikacyjna czy sensoryczna, drugim zaś **muzykoterapia** jako forma terapeutyczna wspomagająca rozwój osób z autyzmem w tych sferach. Te dwa obszary zainteresowań wymagają niewątpliwie szerszych i bardziej pogłębionych eksploracji badawczych, zwłaszcza pod względem jakościowym oraz ilościowym, jednak na potrzeby specyfiki badań własnych skoncentrowano się przede wszystkim na ich wzajemnej relacji. Takie ujęcie wypełnia lukę badawczą w obu dziedzinach stanowiących przedmiot zainteresowania rozprawy, gdyż dotąd niewiele uwagi poświęcano muzyce jako potencjalnemu środkowi terapeutycznemu wspierającemu rozwój dzieci z autyzmem, zwłaszcza w badaniach przeprowadzanych w Polsce.

Głównym **celem** przeprowadzonych badań było poznanie dynamiki funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu wybranych sfer rozwojowych – komunikacyjną, społeczno-emocjonalną, poznawczą oraz motoryczną. Badania te były ukierunkowane na dostrzeganie zmian zachodzących w ramach jednego przypadku, ale nie porównywanie poszczególnych przypadków. Duży nacisk położono na to, aby podjęte badania w sposób możliwie rzetelny dokumentowały zakres wpływu i znaczenie muzykoterapii dla całościowego rozwoju dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, potwierdzając tym samym, że **terapia poprzez muzykę może być skutecznym narzędziem pracy terapeutycznej z osobami z autyzmem**. W badaniu wzięło udział ośmioro dzieci z autyzmem w wieku od 3 do 11 lat. Badania miały formę **badania indywidualizujących**, w których każdy obiekt jest postrzegany jako niepowtarzalny. Główną metodą badawczą było **studium indywidualnego przypadku**. Warto tutaj podkreślić, że podejście indywidualizujące - przyjęte zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach - umożliwia dotarcie do jednostki całościowo. Dopiero dogłębne i wielostronne jej poznanie, wspólnota twórczych doświadczeń, połączona z długotrwałą obserwacją w określonych warunkach, zapewnią z jednej strony odpowiednie działanie terapeutyczne, a z drugiej właściwe ocenienie efektów terapii, które mogą uwidocznić się w trakcie procesu muzykoterapeutycznego.

Całość badań została zakończona analizą wyników w ujęciu jakościowym (w zakresie relacji z terapeutą wraz z jakościowym opisem sesji pod względem muzycznym

i niemuzycznym) oraz ilościowym (z zastosowaniem pomiaru I i II – funkcjonowania dziecka z autyzmem w sferze społeczno-emocjonalnej, komunikacyjnej, poznawczej, motorycznej, na podstawie kwestionariusza badawczego SOZ-D). Techniki jakościowe zastosowane w niniejszym badaniu to: obserwacja uczestnicząca (fenomenologiczna charakterystyka relacji), analiza dokumentów i treści dokumentów (kwestionariusze dotyczące ogólnego funkcjonowania dziecka), sprawozdania z sesji terapeutycznych na podstawie nagrań wideo oraz wyłonione z obserwacji kategorie badawcze, które szczegółowo opisywały zachowania muzyczne i niemuzyczne zaistniałe na sesjach pomiarowych. Wyniki wskazują, że muzykoterapia i określone doświadczenia muzykoterapeutyczne mogą oddziaływać pozytywnie na rozwój dzieci z autyzmem, wspierając zwłaszcza ich rozwój społeczno-emocjonalny i poznawczy.

Słowa kluczowe: autyzm, muzykoterapia, indywidualne studium przypadku, analiza jakościowa, analiza ilościowa.

Summary

A field of investigation of this doctoral dissertation titled *The significance of music-therapy techniques in supporting the development of an child with autism* comprises two issues: **autism** perceived as a type of a disorder that encompasses developmental spheres, such as social, communicative or sensory areas and **music therapy** as a therapeutic practice which contributes to the development of people with autism in the above-mentioned spheres. Both these areas of interest require more broad and in-depth academic explorations, in both ualitative and quantitative perspectives, yet to meet the requirements of the specificity of the current research, the relation between them was the focus herein. Such approach fills in the research gap in both fields that are the main focus of interest in this dissertation, since so far little attention has been paid to music as a potential therapeutic agent supporting the development of children with autism, especially in Polish studies.

The main **purpose** of the reserach conducted was to determine the influence of music therapy on selected developmental domains – communicative, socio-emotional, cognitive and motor spheres in children with autism. These case studies aimed to verify the effectiveness of these influences and observe changes occurring within each individual case, but not compare the cases. Particular emphasis was placed on the honesty of substantiating the range of influence as well as the significance of music therapy in the overall development of children with developmental disorders, thus confirming that **therapy through music is an effective therapeutic tool when working with people with autism**. A group of children aged 3 to 11 was the subject of the study. The studies were **individualized**, and each case was perceived as unique. The main research method was the qualitative **case study**. It should be emphasized that the individual approach assumed both in the clinical practice and in this study makes it possible to reach an individual comprehensively. Only getting to know an individual in an in-depth and multi-faceted way, having a common field of creative experiences and a long-term observation in specific conditions provide, on the one hand, a proper therapeutic effect and, on the other, the correct assessment of the results of therapy, which can be revealed in a music-therapy process.

All the verification tests ended in a quantitative analysis of the results (using the measurements of the functioning of child with autism in a socio-emotional, communicative, cognitive or motor spheres on the basis of an SOZ-D survey questionnaire) and a qualitative analysis (in the scope of the child-therapist relationship with a qualitative description of

sessions, both in terms of musical and non-musical aspects). Qualitative techniques used in this study include: a participatory observation (a phenomenological characterization of relationships), an analysis of documents and their contents (questionnaires regarding the general functioning of a child), reports from therapeutic sessions on the basis of video recordings and observation-based research categories that described musical and non-musical behaviours occurring during the sessions in great detail. The results indicate that music therapy and specific music-therapy experiences positively influence the development of children with autism, supporting mostly their socio-emotional and cognitive development.

Keywords: autism, music therapy, case studies, qualitative analysis, quantitative analysis.

SPIS TREŚCI

Summary	5
WSTĘP	10
1. Istota autyzmu	14
1.1 Pojęcie autyzmu oraz kryteria diagnostyczne	14
1.2 Przyczyny autyzmu oraz najważniejsze teorie etiologiczne autyzmu	26
1.2.1 Koncepcje biologiczne	27
1.2.2 Koncepcje poznawcze	32
1.2.3 Koncepcje behawioralne	38
1.2.4 Koncepcje psychoanalityczne oraz etologiczne	38
1.3 Podstawowe objawy oraz zaburzenia towarzyszące zaburzeniu ze spektrum autyzmu 40	
1.3.1 Funkcjonowanie społeczne	40
1.3.2 Komunikacja	46
1.3.3 Działania stereotypowe, ograniczone wzorce zachowania, zaburzenia integracji sensorycznej oraz inne towarzyszące zaburzenia	52
1.4 Wczesne wykrywanie autyzmu i wczesne wspomaganie rozwoju oraz stosowane terapię	60
1.4.1 Wczesne wykrywanie i wczesne wspomaganie	60
1.4.2 Działania terapeutyczne i edukacyjne – prezentacja wybranych terapii stosowanych w autyzmie	65
2. Muzykoterapia	72
2.1 Rozważania terminologiczne oraz cele muzykoterapii	72
2.2 Założenia teoretyczne muzykoterapii i podejścia terapeutyczne	80
2.3 Klasyfikacja muzykoterapii – umiejscowienie muzyki w terapii i rola terapeuty	89
2.4 Modele i doświadczenia muzykoterapeutyczne	94
2.4.1 Muzykoterapia Nordoff-Robbins	95

2.4.2	Wizualizacja kierowana z muzyką (<i>Guided Imagery and Music</i> – GIM lub <i>Bonny Method of Guided Imagery and Music</i> – BMGIM)	97
2.4.3	Muzykoterapia zorientowana analitycznie (<i>Analytical Music Therapy</i> – AMT).....	98
2.4.4	Muzykoterapia neurologiczna (<i>Neurologic Music Therapy</i> – NMT)	100
2.4.5	Muzykoterapia społecznościowa (<i>Community Music Therapy</i> – CoMT).....	101
2.4.6	Portret Muzyczny (PM).....	102
2.4.7	Mobilna Rekreacja Muzyczna (MRM)	104
2.4.8	Doświadczenia muzykoterapeutyczne	105
2.5	Muzykoterapia w autyzmie – praktyka	108
2.5.1	Muzykoterapia improwizacyjna	109
2.5.2	Muzykoterapia Nordoff-Robbins	113
2.5.3	Muzykoterapia strukturalna.....	116
2.6	Muzykoterapia w autyzmie – badania	121
3.	Metodologia badań własnych.....	129
3.1	Muzykoterapia jako pole badań.....	129
3.2	Perspektywa badawcza	132
3.3	Przedmiot badań	139
3.4	Cele prowadzonych badań.....	139
3.5	Problemy badawcze	140
3.6	Metoda badań	142
3.7	Organizacja badania – model protokołu badawczego	143
4.	Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem – badania własne	146
4.1	Analiza przypadków	146
4.1.1	Przypadek Piotra	146
4.1.2	Przypadek Julii	162
4.1.3	Przypadek Oskara.....	181
4.1.4	Przypadek Damiana.....	201

4.1.5	Przypadek Macieja	223
4.1.6	Przypadek Miłosza	242
4.1.7	Przypadek Natalii	263
4.1.8	Przypadek Alana	283
4.2	Zakres stosowalności muzykoterapii – uwagi końcowe. Odpowiedzi na pytania badawcze.	299
BIBLIOGRAFIA.....		309
Źródła internetowe.....		323
ANEKSY.....		325
Załącznik 1A. Kategoria pożądane muzyczne		326
Załącznik 1B. Kategoria pożądane relacyjne muzyczne.....		331
Załącznik 1C. Kategoria niepożądane muzyczne.....		335
Załącznik 1D. Kategoria niepożądane relacyjne muzyczne.....		337
Załącznik 2. Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)		339
Załącznik 3. Kwestionariusz uzupełniający Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)		342
Załącznik 4. Skala obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D)		348
Załącznik 5. Skala I: <i>Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczeniu muzycznym</i> . 351		
Załącznik 6. Skala II: <i>Muzyczna komunikatywność</i>		356
WYKAZY		360
Wykaz tabel.....		360
Wykaz ilustracji.....		362

WSTĘP

– Co znaczy „oswoić”?
– Jest to pojęcie zupełnie zapomniane – powiedział lis. – „Oswoić” znaczy „stworzyć więzy”.

[...]

– A jak się to robi? – spytał Mały Księżę.
– Trzeba być bardzo cierpliwym. Na początku siądziesz w pewnej odległości ode mnie, ot tak, na trawie. Będę spoglądać na ciebie kątem oka, a ty nic nie powiesz. Mowa jest źródłem nieporozumień. Lecz każdego dnia będziesz mógł siadać trochę bliżej...¹

Antoine de Saint-Exupery, *Mały Księżę*

Poznanie drugiej osoby czy też – jak w przypadku lisa, bohatera przywołanej powyżej scenki – osvajanie się z nią wymaga czasu, cierpliwości, odpowiedniego podejścia oraz uważności. W szczególności, gdy dotyczy to osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Bycie z taką osobą, jej pełna akceptacja, stopniowe budowanie relacji oraz stopniowe dostarczanie odpowiednich doświadczeń sprawiają, że – mimo trudności społeczno-komunikacyjnych, behawioralnych oraz w postrzeganiu zmysłowym – może ona powoli poznawać otaczający świat, rozumieć i uświadamiać sobie jego funkcjonowanie oraz rozwijać się we wszystkich obszarach – zarówno w tych, które stanowią jej zasoby, jak i w tych, które są problemowe. Respektowanie potrzeb dziecka z autyzmem, organizowanie mu bezpiecznego i przewidywalnego środowiska, dostrajanie się do jego aktualnej sytuacji psychofizycznej to podstawa osvajania się z drugą osobą – podyktowana koniecznością, ale i głęboką potrzebą. I właśnie ta **potrzeba osvajania się z dzieckiem ze spektrum autyzmu, potrzeba jego rozumienia i docierania do niego – w tym przypadku za pośrednictwem muzyki – stała się motywem przewodnim** niniejszej rozprawy doktorskiej. Ta sama potrzeba – odkrywania tego skomplikowanego i nieidealnego świata za pomocą muzyki, bycia razem w doświadczeniach muzycznych i twórczej ekspresji – zdecydowała też o rozpoczęciu tej wspólnej muzycznej podróży.

Pracując klinicznie z dziećmi z autyzmem, poznając ich doświadczenia, obserwując zachowania, weryfikując wiedzę teoretyczną i sprawdzając ją w pracy z konkretnymi przypadkami, a przy tym analizując całe mnóstwo badań na temat zaburzeń ze spektrum

¹ A. de Saint-Exupery, *Mały Księżę*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1990, s. 59–60.

autyzmu oraz muzykoterapii, doszukałam się luki badawczej w polskim piśmiennictwie. Pomimo coraz większego zainteresowania autyzmem i możliwościami rozwojowymi dzieci z tym zaburzeniem dotąd niewiele uwagi poświęcano muzyce jako potencjalnemu środkowi terapeutycznemu w tym obszarze. Chciałam zatem się przekonać, czy muzykoterapia może stać się narzędziem wspierającym rozwój osób z autyzmem. Zadawałam sobie pytanie, czy jej stosowanie przyniesie korzyści dziecku z autyzmem, a co za tym idzie – pokaże rodzicom i opiekunom, że muzykoterapia może być traktowana na równi z innymi terapiami, które skupiają się na usprawnianiu sfery społecznej, komunikacyjnej, umiejętności odbierania i przetwarzania bodźców oraz kontrolowanego zachowania. To zmotywowało mnie do podjęcia tematu i przeprowadzenia próby naukowej weryfikacji efektywności muzykoterapii w pracy z konkretnymi przypadkami dzieci z autyzmem.

Zasadniczym polem dociekań niniejszej rozprawy doktorskiej stały się dwa zagadnienia: pierwszym z nich jest **autyzm** – jako rodzaj specyficznego zaburzenia obejmującego określone sfery rozwojowe, drugim zaś jest **muzykoterapia** – jako forma terapeutyczna wspomagająca rozwój w tych sferach osób z autyzmem. Te dwa obszary zainteresowań wymagają niewątpliwie szerszych i bardziej pogłębionych eksploracji badawczych, zwłaszcza pod względem jakościowym oraz ilościowym, jednak na potrzeby specyfiki tych badań skoncentrowano się przede wszystkim na ich wzajemnej relacji.

Głównym **celem** przeprowadzonych badań było poznanie zakresu oddziaływań muzykoterapeutycznych na wybrane sfery rozwojowe – komunikacyjną, społeczno-emocjonalną, poznawczą oraz motoryczną – dzieci z autyzmem. Duży nacisk położono na znaczenie muzykoterapii i wsparcia całościowego rozwoju dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, potwierdzając tym samym, że **terapia poprzez muzykę może być skutecznym narzędziem pracy terapeutycznej z osobami z autyzmem**. Ze względu na charakter niniejszej pracy i złożoność zaburzeń ze spektrum autyzmu uznano za wskazane zastosowanie **ujęcia indywidualizującego**, uwzględniającego niepowtarzalność jednostki, jej mocne strony, preferencje, umiejętności oraz trudności, z którymi się boryka. Warto tutaj podkreślić, że podejście indywidualizujące przyjęte zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach umożliwia dotarcie do jednostki całościowo. Dopiero dogłębne i wielostronne jej poznanie, wspólnota twórczych doświadczeń połączona z długotrwałą obserwacją w określonych warunkach zapewnią z jednej strony odpowiednie działanie terapeutyczne, a z drugiej właściwe ocenienie efektów terapii, które mogą uwidocznić się w trakcie procesu muzykoterapeutycznego.

Niniejsza praca składa się z czterech rozdziałów. Pierwszy dotyczy problematyki autyzmu i zawiera opis zaburzenia oraz jego klasyfikację w oparciu o uznane kryteria diagnostyczne. Zaprezentowano w nim uwarunkowania i najważniejsze teorie etiologiczne autyzmu, podstawowe objawy oraz zaburzenia towarzyszące. Ostatni podrozdział dotyczący istoty autyzmu odnosi się do możliwości jego wczesnego wykrywania oraz stosowanych terapii wspomagających rozwój dziecka z autyzmem.

W drugim rozdziale dogłębnie przedstawiono muzykoterapię – cele, założenia teoretyczne, klasyfikację oraz umiejscowienie muzyki w terapii, wraz z obowiązującą terminologią. Ponadto, przedstawi najistotniejsze modele i doświadczenia muzykoterapeutyczne. Rozdział zostanie zwieńczony przedstawieniem muzykoterapii wykorzystywanej w praktyce klinicznej oraz muzykoterapii jako dziedziny naukowej.

Kolejny rozdział – rozdział trzeci - związany jest z własną eksploracją badawczą. Przedstawiona tutaj zostanie metodologia badań własnych. Rozdział czwarty zawiera obszerny i szczegółowy opis funkcjonowania poszczególnych przypadków podczas zajęć i prezentuje wyniki uzyskane w procesie muzykoterapeutycznym (uwzględniające dwukrotne badanie ujęte w pomiarze I i II). Ponadto, w rozdziale czwartym wieńczącym część empiryczną, podsumowano proces badawczy, prezentując odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Rozprawę doktorską zamyka bibliografia, spis tabel i rysunków oraz aneksy zawierające opis narzędzi badawczych.

Niniejsza rozprawa doktorska jest nie tylko opisem studiów przypadków czy analizą jakościową i ilościową – jest również swoistą misją i ma dla mnie dużą wartość emocjonalną. Każdy przypadek, który pojawił się na mojej drodze terapeutycznej i badawczej, był dla mnie ważny i jedyny w swoim rodzaju. Od każdego z badanych dzieci bardzo wiele się nauczyłam i jestem niezwykle wdzięczna za spotkanie z nimi i pracę – za możliwość towarzyszenia im w różnych momentach ich rozwoju, wspólnego „docierania się” i poznawania siebie nawzajem. Wszystkie one przyczyniły się do powstania tej pracy: Piotrek, Julia, Oskar, Damian, Maciej, Miłosz i Natalia oraz Alan. Bez nich i ich rodziców nie mogłabym przeprowadzić tych – wierzę, że istotnych dla obu stron – badawczych spotkań. Donna Williams w swojej książce *Nikt nigdzie. Niezwykła autobiografia autystycznej dziewczyny*, dzieląc się swoimi przeżyciami i doświadczeniami poznawania świata, pisze: „największym dobrodziejstwem było dla mnie zawsze poszanowanie mojej prywatności i mojego terytorium [...]. Tylko z niezagrożonej prywatności i nienaruszonej przestrzeni mogłam zaczerpnąć

odwagę do poznawania świata i stopniowego wychodzenia spod szkła”². Mam nadzieję, że jako badacz, terapeuta, a przede wszystkim człowiek towarzyszyłam i choć trochę pomagałam każdemu z tych dzieci w stopniowym wychodzeniu spod owego szkła.

² D. Williams, *Nikt nigdzie. Niezwykła autobiografia autystycznej dziewczyny*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2005, s. 167.

1. Istota autyzmu

1.1 Pojęcie autyzmu oraz kryteria diagnostyczne

Autyzm to dysfunkcja neurorozwojowa wchodząca w skład zaburzeń ze spektrum autyzmu, charakteryzująca się deficytami społeczno-komunikacyjnymi, zachowaniami powtarzalnymi oraz uporczywymi zainteresowaniami³. Zespół zaburzeń autystycznych został dostrzeżony przez Leo Kanner w 1943 roku. Obserwował on zachowanie niektórych dzieci, znacznie różniące się od zachowania dzieci zdiagnozowanych w kierunku schizofrenii, psychoz i opóźnień rozwojowych⁴. W tym samym roku Kanner opublikował obszerny artykuł pt. *Zaburzenia autystyczne kontaktu afektywnego*, w którym opisał 11 historii zaburzeń badanych przez siebie przypadków: „od 1938 uwagę naszą zwróciła pewna liczba dzieci, których zachowanie odbiega wyraźnie od pozostałych w takim stopniu, że każdy przypadek zasługuje na to [...], by zająć się nim szczegółowiej wraz ze wszystkimi fascynującymi nas jego cechami”⁵. Badacz wyróżnił te cechy i stworzył podstawy dla sformułowania kryteriów diagnostycznych badanego zespołu, który nazwał autyzmem⁶ wczesnodziecięcy⁷. W opisie zachowań tych dzieci uwzględnił liczne objawy, takie jak: niezdolność do interakcji, stereotypowe działania, brak mowy lub mowa niekomunikatywna, dążenie do niezmienności otoczenia, brak wyobraźni, opóźnienie rozwoju języka⁸. Kanner ujął je w dwie podstawowe kategorie: (1) autystyczna samotność – trudności z nawiązywaniem kontaktu oraz (2) pragnienie niezmienności – stereotypowe zachowania wokalne i ruchowe⁹. Kanner zaobserwował, że dzieci z zaburzeniem autystycznym izolują się od społeczeństwa i od

³ APA, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, s. 24.

⁴ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, [w:] *Dzieci chore niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków 2013, s. 349.

⁵ A. Brauner, F. Brauner, *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna*, WSiP, Warszawa 1988, s. 198.

⁶ Termin autyzm (z grec. sam) został wprowadzony przez Eugena Bleulera w 1911 roku na określenie objawów schizofrenii. Wykorzystanie tego terminu przez Kanner do opisu zaburzeń rozwojowych dzieci spowodowało, że autyzm wczesnodziecięcy uznano za łżejszą formę psychopatii schizoidalnej i bardzo często kojarzono ze schizofrenią (B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 349). Hanna Jaklewicz podkreśla, że nazwa autyzmu powinna być zmieniona na inną (podają za: L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2011, s. 11).

⁷ Określenie wczesno dziecięcy według Uty Frith nie powinno być używane ze względu na to, że sugeruje, iż autyzm jest zaburzeniem występującym tylko w okresie dzieciństwa oraz że z autyzmu można wyrosnąć, skoro dotyczy tylko w tym okresie (U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk 2008, s. 25).

⁸ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi*, [w:] *Pedagogika specjalna*, W. Dykcik (red.), UAM, Poznań 2009, s. 277.

⁹ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 12.

rzeczywistości, a wszelkie próby zbliżenia się do nich wywołują u nich akty agresji lub autoagresji. Lęk przed zmianami powoduje u nich zamykanie się na czynniki zewnętrzne. Unikają kontaktu cielesnego i wzrokowego z innymi. Tworzą swój własny, bezpieczny świat, zwykle niezrozumiały dla otoczenia. Fascynują się przedmiotami i często wprawiają je w ruch obrotowy czy wirowy. Mając zaburzone umiejętności komunikacyjne, dzieci z zaburzeniem autystycznym obsesyjnie powtarzają na zasadzie echa słowa wypowiedziane wcześniej przez inną osobę – taką postać przybierają ich wczesne ekspresje werbalne. Badacz zaobserwował u nich specyficzny rodzaj wypowiedzi niesłużący komunikowaniu się, który określił mianem mutyzmu¹⁰. Według Kanner'a autyzm rozwija się we wszystkich środowiskach społecznych, dotyczy głównie chłopców, a czynniki powodujące jego wystąpienie są natury albo somatycznej, czyli wynikają z odmiennej budowy mózgu powodującej niezdolność do jego prawidłowego funkcjonowania, albo genetycznej, czyli- zaburzenia chromosomalne. Zespół objawów odnotowanych przez badacza w ciągu wielu lat obserwacji i badań został później sklasyfikowany jako zespół Kanner'a lub autyzm wczesnodziecięcy¹¹.

W podobnym czasie (1944) w Niemczech Hans Asperger opisywał dzieci zaburzone w mniejszym stopniu niż dzieci z autyzmem. Nazwał to zaburzenie psychopatią autystyczną¹². Asperger zakładał, że psychopatia autystyczna jest dziedziczna. Dzięki opisom poszczególnych przypadków stworzył podwaliny diagnozy łagodnej odmiany autyzmu, znanej jako zespół Aspergera. W zaburzeniu tym dzieci (również przeważnie chłopcy) wykazują objawy autyzmu (w ujęciu Kanner'a), przy czym lepiej opanowują umiejętności komunikacyjne – ich wypowiedzi cechuje bogate słownictwo, poprawna składnia, wyrażana metaforycznie treść, neologizmy, przesadnie ścisły sposób wyrażania się¹³. Osoby te wykazują niezgrabność, sztywność, złą koordynację motoryczną, stereotypie: (pedantyczne, uporczywe, rozwijanie wąskich zainteresowań, fascynacja problemem) oraz trudności

¹⁰ Mutyzm to „brak lub ograniczenie mówienia przy zachowaniu rozumienia mowy i możliwości porozumiewania się” (N. Zawidniak, *Behawioralna koncepcja nabywania języka oraz rozwijania mowy i komunikacji u osób z autyzmem*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków 2015, s. 110). Mutyzm występuje u dzieci ze znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną i może wynikać z uszkodzeń organicznych i/lub z nadmiernego napięcia mięśniowego aparatu artykulacyjnego (H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa 2004, s. 67).

¹¹ A. Brauner, F. Brauner, *Dziecko zagubione...*, op. cit., s. 212–216.

¹² J. Kruk-Lasocka, *Autyzm czy zespół Aspergera? Wpływ rozbieżności diagnostycznych na oddziaływania terapeutyczne*, [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, T. Gałkowski, J. Kossewska (red.), Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2001, s. 22.

¹³ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem...*, op. cit., s. 279.

w zachowaniach społecznych: brak wyczucia społecznych relacji, brak respektu, dystansu, kontakt zwykle jednostronny bez uwzględnienia życzeń czy reakcji drugiej osoby¹⁴.

Próby określenia odpowiednich kryteriów diagnostycznych zaburzenia autystycznego sięgają roku 1978, w którym to autyzm dziecięcy został wprowadzony na listę chorób Międzynarodowej i Statystycznej Klasyfikacji Chorób w wydaniu dziewiątym (ICD-10), a w 1980 roku zaliczono go do kategorii zaburzeń rozwojowych (DSM-III)¹⁵. W 1987 roku, w *Diagnostycznym statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* (DSM-III-R), pojawił się pierwszy dokładniejszy opis tych zaburzeń pogrupowanych na trzy obszary rozwojowe¹⁶: komunikacyjny, społeczny i związany z powtarzającymi się działaniami¹⁷, a termin autyzm dziecięcy zastąpiono nazwą zaburzenia autystyczne¹⁸. Każda kolejna edycja wspomnianego podręcznika przedstawiała nowe spojrzenie na autyzm i starała się precyzyjniej określić charakterystyczne dla niego zachowania. W najnowszej propozycji zamieszczonej w wydaniu piątym (DSM-V lub DSM-5) zasugerowano zmiany w kryteriach diagnostycznych oraz nazewnictwie – zaburzenia autystyczne przemianowano na zaburzenia ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorder* – ASD). Według specjalistów, klinicystów i diagnostyków zmiana nazwy przekłada się na dokładniejszy i rzetelniejszy sposób diagnozowania osób z autyzmem niż w przypadku poprzednich edycji¹⁹. W tym wydaniu podręcznika sformułowano jasno sprecyzowane wytyczne diagnostyczne, ujęte w pięciu kategoriach – od A do E. Poniżej przedstawiono ich skrócony opis.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzują dwa podstawowe deficyty: nieustępujące trudności w obszarze komunikacji społecznej i interakcji społecznych (A) oraz ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań i zainteresowań (B) – oba szczegółowo opisane poniżej. Przy definiowaniu zaburzonych obszarów uwzględnia się ciężkość zaburzenia, która jest ustalana na podstawie stopnia trudności w komunikacji społecznej oraz ograniczenia wzorców zachowania.

Początek objawów przypada na wczesny okres rozwojowy (C), z uwzględnieniem różnic w czasie ich występowania, tzn. że deficyty mogą nie ujawniać się w pełni ze względu na nieharmonijny rozwój jednostki bądź mogą być maskowane przez wyuczone strategie

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010, s. 27.

¹⁶ H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy – próba wyróżnienia postaci klinicznych*, [w:] *Autyzm: kontrowersje i wyzwania*, W. Dykcik (red.), Wydawnictwo Eruditus, Poznań 1994, s. 47.

¹⁷ E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 13.

¹⁸ A.J. Cotugno, *Terapia grupowa...*, op. cit., s. 27.

¹⁹ K. Markiewicz, *Kompetencje i dysfunkcje komunikacyjne osób z ASD – ujęcie rozwojowe*, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s.18–19.

m.in. w trakcie trwającej interwencji terapeutycznej²⁰. Typowe objawy rozpoznawane są pomiędzy 12 a 24 miesiącem życia dziecka, jednakże mogą pojawić się znacznie wcześniej – przed ukończeniem 12 miesiąca życia – zwłaszcza gdy opóźnienia rozwojowe są znaczne, oraz później – po ukończeniu 24 miesiąca życia, wtedy objawy są łagodne²¹. Do pierwszych symptomów autyzmu zaliczamy znaczne opóźnienie rozwoju mowy oraz brak zainteresowania innymi ludźmi powiązany z nietypowym nawiązywaniem społecznych interakcji, np. trzymanie kogoś za rękę i ciągnięcie go bez próby nawiązania kontaktu wzrokowego. Ponadto zauważalne są specyficzne wzorce zabawy (układanie czy przekładanie zabawek, ale nie faktyczna zabawa danymi przedmiotami) i nietypowe wzorce komunikacyjne (umiejętność czytania przy braku reakcji na własne imię).

Objawy powodują znaczne utrudnienia w funkcjonowaniu w życiu społecznym, zawodowym i innym (D). Należy zaznaczyć współwystępowanie (lub jego brak) niepełnosprawności intelektualnej lub niepełnosprawności językowej. W przypadku niepełnosprawności intelektualnej poziom rozwoju komunikacji będzie niższy niż ogólny poziom rozwoju (E)²².

Zaburzenia w funkcjonowaniu w zakresie komunikacji społecznej (A):

- deficyty w sferze relacji społeczno-emocjonalnych: niezdolność do nawiązywania stosunków towarzyskich, prowadzenia rozmowy czy podtrzymywania jej z powodu ograniczonych zainteresowań, trudności w inicjowaniu i kontynuowaniu interakcji;
- deficyty w sferze komunikacji niewerbalnej oraz integracji przekazów werbalnych i niewerbalnych: od trudności w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego, stosowania mowy ciała, gestów, mimiki aż do zaniku przekazu niewerbalnego;
- deficyty związane z inicjowaniem, podtrzymywaniem i rozumieniem relacji w różnych sytuacjach: od trudności w zabawie, w zawieraniu przyjaźni aż do braku zainteresowania rówieśnikami²³.

Ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań (B):

- stereotypowe manieryzmy ruchowe z użyciem przedmiotów oraz stereotypie związane z mową (używanie znanych tylko sobie określeń czy wyrażań, echolalie);

²⁰ APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Association Publishing, Washington–London 2013, s. 53.

²¹ Ibidem, s. 55.

²² APA, *Kryteria diagnostyczne...*, op. cit., s. 24–26.

²³ Ibidem, s. 24–25.

- potrzeba stałości, nadmierne przywiązanie do struktury oraz czynności rutynowych i wzorców zachowań (trudności w akceptowaniu zmian, reakcja stresowa na niezastosowanie typowej struktury czy oczekiwanego działania);
- ograniczone zainteresowania o różnym stopniu intensywności;
- nadwrażliwość lub niedowrażliwość na bodźce zmysłowe oraz nadmierne zainteresowanie zmysłowe, czyli pragnienie zwiększenia bodźców spowodowane niedowrażliwością (zaburzenia słuchowe, dotykowe, wizualne, proprioceptywne, smakowe, węchowe i inne)²⁴.

Aby zdiagnozować spektrum zaburzeń autyzmu według powyższych kryteriów, należy wskazać trzy charakterystyczne objawy z obszaru komunikacji społecznej (A) oraz co najmniej dwa z obszaru powtarzających się wzorców zachowań (B). W wydaniu piątym *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* podkreśla się, że osoby, u których według wcześniejszej edycji zdiagnozowano zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera lub całościowe zaburzenie rozwojowe nieokreślone inaczej, powinny zostać przypisane do zaburzeń ze spektrum autyzmu. Z kolei osoby mające zauważalne deficyty w zakresie komunikacji, jednakże niespełniające innych kryteriów diagnostycznych, powinny podlegać ponownemu rozpoznaniu w kierunku zaburzeń komunikacji społecznej. Należy określić, czy zaburzenie ze spektrum autyzmu jest związane ze stanem ogólnomedycznym danej osoby, wadą genetyczną lub czynnikiem środowiskowym oraz czy współwystępuje z innym zaburzeniem neurorozwojowym, psychicznym, zachowania czy katatonią²⁵.

W tabeli 1 przedstawiono poziomy funkcjonowania osób zdiagnozowanych według kryteriów DSM-V.

Tabela 1. Poziomy funkcjonowania osób zdiagnozowanych na podstawie DSM-V

Poziom zaburzenia	Komunikacja	Ograniczone, powtarzane zachowania
Poziom 3 – wymagający bardzo znacznego wsparcia	Znaczne deficyty w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej; poważne zaburzenia związane z inicjowaniem kontaktów i odpowiadaniem na nie; nadrzędnym celem	Sztywność wzorców zachowań; trudności z radzeniem sobie ze zmianami aktywności czy obiektów zainteresowania; powtarzające się zachowania silnie wpływają na funkcjonowanie danej osoby.

²⁴ Ibidem, s. 25.

²⁵ Ibidem, s. 26.

	nawiązywania kontaktów jest zaspokajanie własnych potrzeb; występuje reakcja na bezpośrednie, proste komunikaty.	
Poziom 2 – wymagający znacznego wsparcia	Dostrzegalne deficyty w zakresie komunikacji; widoczne deficyty społeczne pomimo wsparcia; ograniczona zdolność do inicjowania kontaktów, zmniejszona zdolność do odpowiadania na społeczne komunikaty; porozumiewanie się za pomocą prostych zdań lub komunikacja niewerbalna w wąskim zakresie.	Sztywność zachowań; trudności w radzeniu sobie ze zmianami; powtarzające się aktywności czy zachowania ograniczają funkcjonowanie w codziennych sytuacjach; pojawiają się trudności w przechodzeniu od jednej czynności do drugiej.
Poziom 1 – wymagający wsparcia	Trudności komunikacyjne oraz deficyty w inicjowaniu kontaktów społecznych powodujące duże utrudnienia w funkcjonowaniu w społeczeństwie, co demotywuje jednostkę do nawiązywania i podtrzymywania interakcji. Wypowiadanie pełnych zdań i angażowanie się w znajomość nie prowadzą do przyswojenia sobie ogólnie przyjętego wzorca komunikacji międzyludzkiej opartej na dialogu. Próby nawiązywania relacji są dziwaczne.	Sztywność wzorców zachowań oddziałuje negatywnie na funkcjonowanie jednostki. Pojawiają się trudności w zmianie jednej aktywności na drugą. Przywiązanie do struktury i planowania ogranicza swobodę działania i niezależność.

Źródło: APA, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, s. 27.

Warto również przytoczyć kryteria diagnostyczne zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Health Problems*) ICD-10, wydaną przez Światową

Organizację Zdrowia, która obowiązuje w Polsce od 1996 roku²⁶. Nazewnictwo oraz wyszczególnione objawy według ICD-10 znajdują się w tabeli 2, zestawione z kryteriami w dwóch wydaniach *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych*: DSM-IV-R i DSM-V. Różnice między wydaniem uwidaczniają się głównie w symptomach zaburzenia oraz w nazewnictwie.

Tabela 2. Zestawienie kryteriów diagnostycznych: DSM-IV-R, ICD-10 oraz DSM-V

DSM-IV-TR	DSM-V	ICD-10
<p>Całościowe zaburzenia rozwojowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia autystyczne (AD). 2. Inne całościowe zaburzenia rozwojowe inaczej niesklasyfikowane (PDD-NOS). 3. Zaburzenia Retta. 4. Dziecięce zaburzenie dezintegracyjne. 5. Zaburzenie Aspergera (AS). <p>Określenie „całościowe zaburzenia rozwojowe” (PDD)²⁷ obejmowało wszystkie pięć przedstawionych zaburzeń. Natomiast termin „spektrum zaburzeń autystycznych” (ASD) stosowany był tylko do zaburzeń numer 1, 2 i 5. Według niektórych badaczy za spektrum zaburzeń autystycznych</p>	<p>Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD): obejmują zaburzenia autystyczne (AD), inne całościowe zaburzenia rozwojowe inaczej niesklasyfikowane (PDD-NOS) oraz zaburzenie Aspergera (AS).</p> <p>Wykluczenie zaburzenia Retta oraz dziecięcego zaburzenia dezintegracyjnego.</p>	<p>Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autyzm dziecięcy (F84.0). 2. Autyzm atypowy (F84.1) – nietypowy ze względu na wiek występowania (F84.10), objawy (F84.11) oraz wiek i objawy (F84.12). 3. Zespół Retta (F84.2). 4. Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3). 5. Zaburzenia hiperkinestetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F84.4). 6. Zespół Aspergera (F84.5). 7. Inne całościowe zaburzenia rozwojowe (F84.8).

²⁶ J. Wciórka, S. Pużyński, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000, s. 209–214.

²⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009, s. 36.

należy uznać wszystkie pięć ²⁸ , według innych – tylko nr 1 i 3 ²⁹ . W ramach zaburzenia występuje minimum sześć zaburzeń z obszaru A z grup 1, 2, 3 – dwa z A.1 oraz po jednym z A.2 i A.3 (objawy przedstawiono poniżej).		8. Całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone (F84.9). W ramach zaburzenia występuje minimum sześć objawów z obszaru A z grup 1, 2, 3 – dwa z A.1 oraz po jednym z A.2 i A.3 (objawy przedstawiono poniżej).
A.1. Jakościowe zaburzenia interakcji społecznych (zaburzenia w zachowaniach niewerbalnych, brak adekwatnych związków z rówieśnikami, brak spontanicznego dzielenia się emocjami z innymi, brak społecznej wzajemności).	A. Zaburzenia w funkcjonowaniu w zakresie komunikacji społecznej (deficyty w sferze społeczno-emocjonalnych relacji; w sferze komunikacji niewerbalnej oraz integracji przekazów werbalnych i niewerbalnych; deficyty związane z inicjowaniem, podtrzymywaniem, rozumieniem relacji).	A.1. Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych (nieprawidłowy kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, niewłaściwe gesty i postawa ciała; nieodpowiedni rozwój związków rówieśniczych; brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego).
A.2. Jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się (opóźnienie lub brak rozwoju mowy, zaburzenia zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy u osób z prawidłowym rozwojem mowy, stereotypie głosowe, brak zabawy z udawaniem lub z naśladowaniem społecznym).	–	A.2. Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się (opóźnienie lub brak rozwoju języka, brak inicjowania komunikacji, stereotypowe wykorzystywanie słów, wyrażeń, brak spontanicznej zabawy o wymiarze symbolicznym).
A.3. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe zachowania, zainteresowania (przywiązanie do specyficznych zwyczajów/ rytuałów, manieryzmy ruchowe powtarzające się, uporczywe zajmowanie się danymi obiektami).	B. Ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań (stereotypowe manieryzmy ruchowe, echolalie; potrzeba stałości, nadmierne przywiązanie do struktury oraz czynności rutynowych; nadwrażliwość	A.3. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności (kompulsywne przywiązanie do czynności rutynowych, stereotypowe i powtarzające się manieryzmy

²⁸ J. Crane, A. Winsler, *Early autism detection. Implications for pediatric practice and public policy*, „Journal of Disability Policy Studies” 2008, nr 18 (4), s. 245–253.

²⁹ M. Sullivan, J. Finelli, A. Marvin, E. Garrett-Mayer, M. Bauman, R. Landa, *Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorders: A prospective study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 2007, nr 37, s. 37–48.

	i niedowrażliwość na dane bodźce zmysłowe oraz nadmierne zainteresowanie zmysłowe).	ruchowe, koncentracja na niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów).
B. Opóźnienie lub zaburzenia funkcjonowania przed ukończeniem 3 roku życia (interakcje społeczne, celowa komunikacja werbalna, zabawa symboliczna/wyobrażeniowa).	C. Początek objawów przypadku na wczesny okres rozwojowy, z uwzględnieniem różnic w czasie ich występowania.	Początek objawów przypadku na różny okres w zależności od danego zaburzenia, w większości przypadków nieprawidłowy rozwój zaczyna się w niemowlęctwie, a zaburzenia w ciągu pierwszych 5 lat; np. w przypadku autyzmu dziecięcego, atypowego, zespołu Aspergera nieprawidłowości pojawiają się przed 3 rokiem życia; w przypadku zespołu Retta – pomiędzy 7 a 24 miesiącem życia.
C. Zaburzenie nie jest lepiej charakteryzowane przez zaburzenie Retta lub dziecięce zaburzenie dezintegracyjne.	D. Objawy powodują znaczne utrudnienia w funkcjonowaniu w życiu społecznym, zawodowym.	–
–	E. Należy zaznaczyć współwystępowanie (lub jego brak) niepełnosprawności intelektualnej, niepełnosprawności językowej lub innych współwystępujących zaburzeń.	Zaburzeniom mogą towarzyszyć inne zaburzenia, które w niektórych przypadkach są ich przyczyną: drgawki dziecięce, wrodzona różyczka, stwardnienie guzowate czy zespół kruchego X; całościowe zaburzenia rozwojowe należy rozpoznawać po zachowaniu niezależnie od występowania zmian somatycznych lub ich braku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 14; APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Association Publishing, Washington–London 2013, s. 53; Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000, s. 209–214.

Zarówno DSM-IV-TR, jak i ICD-10 przedstawiają objawy autyzmu skupione w trzech obszarach, ukazując „triadę zaburzeń”³⁰. Składają się na nią:

- zaburzenia więzi międzyludzkich (brak świadomości istnienia więzi uczuć własnych i cudzych, trudności w naśladowaniu, nieumiejętność zabawy, zawierania przyjaźni);
- zaburzenia komunikacji (brak porozumienia się ze światem za pomocą werbalnych czy niewerbalnych technik, brak wyobraźni, zaburzenia formy wypowiedzi oraz trudności w inicjowaniu i podtrzymywaniu rozmowy)
- stereotypowe zachowania³¹.

Symptomy triady występują razem i nie są oddzielnymi zaburzeniami³².

Warto w tym miejscu opisać poszczególne zaburzenia, m.in. zespół Aspergera, zespół Retta i autyzm atypowy, aby prześledzić występujące w nich różnice. Ich zestawienie przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka całościowych zaburzeń rozwojowych według DSM-IV-TR oraz ICD-10

Autyzm dziecięcy (ICD-10)/zaburzenia autystyczne (DSM-IV-TR)	<p>Motoryka: zwinność, zgrabność, dobra kontrola ruchów.</p> <p>Stereotypie: głównie w obszarze motorycznym, tworzenie rytuałów, stałość.</p> <p>Zachowania społeczne: brak kontaktu wzrokowego w interakcjach, obsesyjne jednostronne reakcje w kontaktach społecznych.</p> <p>Mowa: brak, opóźniona lub zmieniona, echolalia³³.</p>
Autyzm atypowy (ICD-10)	<p>Symptomy są takie jak w autyzmie, jednakże inne są liczba objawów oraz czas ich pojawienia się – objawy mogą ujawnić się później, czyli po 3 roku życia, i nie muszą być spełnione wszystkie kryteria związane ze sferą społeczno-komunikacyjną oraz z zachowaniami; duża nieprecyzyjność kategorii³⁴;</p>

³⁰ L. Wing, J. Gould, *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1979, nr 9, s. 11–29.

³¹ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem...*, op. cit., s. 277.

³² U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 29.

³³ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem...*, op. cit., s. 279.

³⁴ T. Pietras, A. Witusik, *Autyzm – pozycja nozologiczna, charakterystyka kliniczna i diagnoza*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), Continuo, Warszawa 2010, s. 21.

	<p>zauważa się brak zaburzeń w jednym z trzech głównych obszarów³⁵.</p> <p>Nie występuje w DSM-5.</p>
Zespół Retta (ICD-10 i DSM-IV-TR)	<p>Występuje u dziewczynek; symptomy zaburzenia ujawniają się po 18 miesiącach życia, po okresie prawidłowego funkcjonowania; zauważa się stopniowy regres w sferze społecznej, komunikacyjnej i motorycznej (bardziej nasilony niż w przypadku autyzmu i obejmujący koordynację ruchową, kontrolę ruchów, umiejętności siadania, wstawania i chodzenia); pojawiają się charakterystyczne stereotypie ruchowe rąk przypominające mycie; rozwój intelektualny jest opóźniony³⁶.</p>
Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (zaburzenie Hellera) (ICD-10 i DSM-IV-TR)	<p>Motoryka: duży regres motoryczny, dziecko traci umiejętność kontroli swoich potrzeb fizjologicznych, bardzo często współwystępuje padaczka.</p> <p>Występują stereotypie.</p> <p>Zachowania społeczne: duży regres umiejętności społecznych oraz niski poziom funkcjonowania intelektualnego.</p> <p>Mowa: nagła utrata zdolności mowy po ukończeniu 3 lub 4 roku życia.</p> <p>Etiologia zaburzenia oraz powiązania z autyzmem jest wciąż mała; nie występuje w DSM-5³⁷.</p>
Zespół Aspergera (ICD-10 i DSM-IV-TR)	<p>Motoryka: niezgrabność, sztywność, zła koordynacja motoryczna.</p> <p>Stereotypie: pedantyczne, uporczywe rozwijanie wąskich zainteresowań, fascynacja problemem.</p> <p>Zachowania społeczne: brak wycucia społecznych</p>

³⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 19.

³⁶ Ibidem, s. 15.

³⁷ Ibidem.

	<p>relacji, brak respektu, dystansu, kontakt często jednostronny bez uwzględniania życzeń czy reakcji drugiej osoby.</p> <p>Mowa: słownik bogaty, składnia poprawna, treść wyrażana metaforycznie, neologizmy, sposób wyrażania przesadnie ścisły³⁸.</p>
Całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone (ICD-10)/inne całościowe zaburzenia rozwojowe inaczej niesklasyfikowane (DSM-IV-TR)	<p>Symptomy występujące w autyzmie lub zespole Aspergera, jednakże nie są spełnione wszystkie kryteria (w tym liczba odpowiadających kryteriów lub czas występowania objawów); określenie tego zaburzenia jest nieprecyzyjne³⁹.</p> <p>Nie występuje w DSM-5.</p>
Zaburzenia hiperkinestetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (ICD-10)	<p>Podobnie jak autyzm atypowy i inne całościowe zaburzenia rozwojowe zaburzenie to nie jest do końca określone (w związku z tym w DSM-5 nie występuje ono w ramach zaburzeń ze spektrum autyzmu)⁴⁰.</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem...*, op. cit., s. 279; T. Pietras, A. Witusik, *Autyzm – pozycja nozologiczna...*, s. 21; E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 19.

W celu uszczegółowienia objawów zaburzenia i wskazania na różnice w funkcjonowaniu osób z autyzmem w następnym podrozdziale zostaną opisane symptomy zaburzenia ze spektrum autyzmu w ujęciu triady zaburzeń – funkcjonowanie społeczne, komunikowanie oraz stereotypowe zachowania (na podstawie DSM-IV-TR, a nie diady zaburzeń⁴¹, jak to jest w nowszym wydaniu: DSM-V, ze względu na dokładniejszy opis tych trzech obszarów w wydaniu wcześniejszym)⁴². Zostaną również przedstawione zaburzenia, które często współwystępują z autyzmem.

³⁸ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem...*, op. cit., s. 279.

³⁹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s.15.

⁴⁰ T. Pietras, A. Witusik, *Autyzm – pozycja nozologiczna...*, op. cit., s. 21–22.

⁴¹ Autystyczna diada to dwa charakterystyczne objawy ASD (B.B. Kaczmarek, *Obraz narzędziem komunikacji – znaki i strategie wizualne w usprawnianiu społecznego zrozumienia i komunikacji osób z ASD*, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s. 145.

⁴² W DSM-5 występuje diada zaburzeń, lecz autorka zdecydowała się na opis objawów zgodnie z triadą zaburzeń obecną we wcześniejszym DSM-IV-R, uznając, iż ta specyfikacja jest bardziej precyzyjna i wyczerpująca.

1.2 Przyczyny autyzmu oraz najważniejsze teorie etiologiczne autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu są diagnozowane poprzez określone kryteria, które pomagają w rozpoznaniu konkretnego typu zaburzenia. Coraz to większa liczba badań w obszarze autyzmu, większa świadomość społeczeństwa na temat autyzmu i jego symptomów sprawiają, że większość zaburzeń ze spektrum autyzmu jest przeważnie prawidłowo i rzetelnie rozpoznawana. Jednakże konkretne przypadki nadal nastroczają pewne trudności, co wynika z faktu, że każde dziecko jest inne – inaczej się rozwija, ma różne zdolności i nabyte umiejętności. Autyzm, rozumiany jako spektrum zaburzeń, może ujawniać tylko wybrane objawy, w różnych okresach. Nie do końca ustalona jest również etiologia tego zaburzenia, gdyż wielość przyczyn i brak ich usystematyzowania powodują wiele nieścisłości i kontrowersji. Hanna Jaklewicz zaznacza, że „poznanie przyczyn autyzmu będzie miało ogromne znaczenie praktyczne ze względu na możliwości opracowania skutecznego postępowania profilaktycznego i terapeutycznego”⁴³.

Przyczyny autyzmu mają różnorodną naturę. Zasadniczo można je podzielić na: psychoanalityczne, poznawcze, behawioralne i biologiczne (genetyczne, biochemiczne czy neuroanatomiczne)⁴⁴. Większość koncepcji badawczych kładzie nacisk na uwarunkowania biologiczne i poznawcze, stąd zostaną one opisane w pierwszej kolejności. Należy zaznaczyć, że przyczyn pojawienia się symptomów autyzmu jest wiele, a niektóre wchodzą ze sobą w interakcję, np. biologiczne ze środowiskowymi⁴⁵. Mogą to być złożone sieci mózgowe, nieprawidłowości w układzie limbicznym, strukturach korowych oraz czynniki genetyczne⁴⁶. Temple Grandin wskazuje na wpływ wielu czynników oraz ich powiązania, np. geny z czynnikami środowiskowymi: odżywianie, zanieczyszczenie środowiska, pestycydy lub geny oraz anomalie w mózgu⁴⁷. Ewa Pisula duże znaczenie przykładu do połączenia czynników genetycznych z biochemicznymi jako przyczyny wystąpienia autyzmu⁴⁸. Z kolei Agata Gruna-Ożarowska uważa, że autyzm jest zaburzeniem wrodzonym, lecz dopiero kompilacja czynników genetycznych i środowiskowych powoduje tzw. ekspresję kliniczną

⁴³ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, GWP, Sopot 2012, s. 28.

⁴⁴ M. Talarowska, A. Florkowski, P. Gałęcki, K. Zboralski, *Psychologiczne koncepcje rozwoju autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., 99–112.

⁴⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 57.

⁴⁶ Ibidem, s. 58–59.

⁴⁷ T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, Copernicus Center Press, Kraków 2016, s. 85–86.

⁴⁸ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 58.

zaburzenia⁴⁹. Interakcje poszczególnych czynników sprawiają, że klarowne ustalenie etiologii zaburzeń ze spektrum autyzmu napotyka sporo trudności i nadal niemożliwe jest jednoznaczne wskazanie ich jednorodnej przyczyny⁵⁰.

1.2.1 Koncepcje biologiczne

Do przyczyn występowania autyzmu mających podłoże biologiczne możemy zaliczyć czynniki genetyczne, biochemiczne neuroanatomiczne oraz środowiskowe.

W obrębie **czynników genetycznych**⁵¹ wykazano, że u bliźniąt monozygotycznych autyzm pojawił się w 36% przypadków, a u bliźniąt dizygotycznych symptomy nie pojawiły się wcale – badania te wskazały na silny stopień dziedziczności⁵². Inne doniesienia genetyczne dowiodły, że osoby spokrewnione z osobami z autyzmem (np. młodsze rodzeństwo) mogą ujawniać symptomy autyzmu 100–200 razy bardziej intensywne niż przeciętnie występujące w populacji – mogą mieć nasilone objawy charakterystyczne dla zaburzeń autyzmu (trudności w komunikowaniu się, ograniczone wzorce zachowań)⁵³. Prawdopodobnie 10% rodzeństwa dzieci z autyzmem posiada deficyty związane z autyzmem⁵⁴. Rodzice i rodzeństwo tych dzieci wykazują również zaburzenia funkcjonowania poznawczego charakterystyczne dla autyzmu: nieumiejętność rozpoznawania stanów umysłu oraz słabą centralną koherencję⁵⁵. Autyzm może wystąpić jednocześnie z innymi zaburzeniami genetycznymi: wspomnianym już zespołem kruchego chromosomu X, fenyloketonurią, zespołem Angelmana czy Klinefeltera⁵⁶. Genetyczne uwarunkowania autyzmu wiążą się z chromosomalną lokalizacją genów i ich mutacjami. Anomalie chromosomalne dotyczą duplikacji chromosomu 15 w rejonie chromosomu 15q11-13⁵⁷, anomalii strukturalnych chromosomu 7, liczby chromosomów płciowych, delecji 2q37⁵⁸, anomalii chromosomu 1 (1q41-42)⁵⁹. Innym nowym odkryciem są pojedyncze mutacje CNV powstające *de novo*, występujące u większości osób z autyzmem. Ponadto mutacja ta może

⁴⁹ A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający. Neurobiologia autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 9.

⁵⁰ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza autyzmu*, [w:] *Autyzm – epidemiologia...*, op. cit., s. 32.

⁵¹ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 36.

⁵² E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 59.

⁵³ Ibidem, s. 58.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Ibidem, s. 59.

⁵⁶ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, Wydawnictwo Jak, Kraków 1999, s. 32–33.

⁵⁷ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza ...*, op. cit., s. 35.

⁵⁸ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 65.

⁵⁹ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza ...*, op. cit., s. 36.

korelować z wiekiem ojca (im starszy ojciec, tym większa liczba mutacji w obrębie mutacji CNV *de novo*)⁶⁰.

Do **czynników biochemicznych** możemy zaliczyć: anomalie w systemie przekąźnictwa, nieprawidłowości w poziomie serotoniny w płytkach krwi (podwyższony poziom serotoniny), anomalie w genach związanych z GABA-ergicznym systemem neuroprzekąźnictwa (ten neuroprzekąźnik tworzy połączenia z układem limbicznym oraz ośrodkami kory mózgowej odpowiedzialnymi za integrowanie procesów umysłowych)⁶¹, nieprawidłowości w związku z genem DRD1 odpowiedzialnym za receptor dopaminowy⁶². Zaburzenia neuroprzekąźnika, jakim jest dopamina, mogą wywołać osiowe zaburzenia autyzmu oraz zaburzenia w zakresie neuroprzekąźników z udziałem neuropeptydów⁶³. Ważnym krokiem było odkrycie mutacji genu odpowiedzialnego za kodowanie neureksyny (to białko wchodzi w interakcję z innym białkiem, które z kolei kontroluje połączenia komórek nerwowych przez synapsy)⁶⁴ – anomalie w obrębie tej mutacji wiążą się ze zwiększonym ryzykiem występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz opóźnienia umysłowego. R. Yeung-Courchesne, E. Courchesne wśród czynników biochemicznych wymieniają jeszcze: nieprawidłowy poziom opioidów, β -endorfin, podwyższony poziom hormonów T3 i T4⁶⁵. Przypuszcza się także, że z pojawieniem się symptomów autyzmu może mieć związek podwyższony poziom neurotransmiterów (serotoniny) oraz testosteronu⁶⁶.

Nieocenione w badaniach nad autyzmem i jego przyczynami są neuroanatomiczne badania funkcjonowania mózgu możliwe dzięki najnowszym technologiom – zwłaszcza zaawansowanym technikom neuroobrazowania, takim jak CAT (tomografia komputerowa), MRI (rezonans magnetyczny), PET (tomografia emisji pozytronów), SPET (tomografia emisji pojedynczego fotonu)⁶⁷ oraz fMRI (funkcjonalne obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego⁶⁸).

Najistotniejszymi **czynnikami neuroanatomicznymi**, które mogą warunkować występowanie autyzmu, są według badaczy⁶⁹:

⁶⁰ T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny...*, op. cit., s. 82–83.

⁶¹ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza...*, op. cit., s. 44.

⁶² Ibidem, s. 37–40.

⁶³ Ibidem, s. 45–46.

⁶⁴ T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny...*, op. cit., s. 78.

⁶⁵ R. Yeung-Courchesne, E. Courchesne, *From impasse to insight in autism research. From behavioral symptoms to biological explanations*, „Development and Psychopathology” 1997, nr 9, s. 389–419, podają za: L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 41.

⁶⁶ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 69.

⁶⁷ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 40.

⁶⁸ T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny...*, op. cit., s. 36–37.

⁶⁹ Przypisy przyporządkowane są do danego podpunktu.

- długość i liczba dendrytów⁷⁰;
- zmienna dysproporcja istotny szarej i białej mózgu (nieprawidłowości mogą pojawić się przed 3 miesiącem życia płodowego);
- zaburzenia migracji neuronów;
- większa objętość mózgu;
- duża objętość kory w obrębie płatów czołowych;
- rozregulowane mechanizmy wpływające na wzrost mózgu;
- anomalie w budowie układu limbicznego (nadmierne zagęszczenie neuronów oraz ich małe rozmiary, powiększone ciało migdałowe⁷¹, co przekłada się na trudności z rozpoznawaniem emocji, stanów mentalnych innych, utrzymywaniem kontaktu wzrokowego – różnice w budowie ciała migdałowego mogą prowadzić do autyzmu i trudności społeczno-emocjonalnych; nieprawidłowości w percepcji twarzy u osób z autyzmem wiążą się z nieprawidłowym połączeniem ciała migdałowego z zakrętem wrzecionowatym; ponadto odnotowuje się zmiany rozmiarów hipokampa oraz spoidła wielkiego)⁷²;
- zmiany w budowie mózdzku – mniejszy rozmiar robaka⁷³, zmniejszona liczba neuronów Purkiniego (gromadzą informację biegnące do kory mózdzku)⁷⁴;
- nieprawidłowości w funkcjonowaniu pnia mózgu, wzgórza (badając przetwarzanie bodźców słuchowych o znaczeniu społecznym za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, u osób z ASD wykazano mniejszą aktywność górnego zakrętu skroniowego);
- ogólne osłabienie połączeń funkcjonalnych między obszarami mózgu (przyczyn obniżonej lub podwyższonej aktywności określonych obszarów mózgu nie udało się na razie wyjaśnić),
- nieprawidłowości w funkcjonowaniu neuronów lustrzanych (stanowią one sieć komórek występującą w pewnych obszarach mózgu, np. w obszarze zakrętu czołowego dolnego w korze przedruchowej oraz w korze przedniej części zakrętu obręczy, i odpowiadają za mentalną stymulację, odwzorowywanie, mapowanie,

⁷⁰ Dendryty to „wypustki przewodzące impulsy nerwowe w kierunku ciała komórki” (*Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, J. Strelau, D. Doliński (red.), GWP, Gdańsk 2008, s. 584.

⁷¹ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 231–233.

⁷² R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza...*, op. cit., s. 50.

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ W. Traczyk, *Fizjologia człowieka w zarysie*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, s. 152.

odbicie czynności ruchowych, doznań emocjonalnych lub sensorycznych⁷⁵ – ich zaburzenia mogą prowadzić do trudności społecznych);

- nieprawidłowości w brzusznej korze przedruchowej, odpowiedzialnej za uczenie się, naśladowanie, rozumienie działań innej osoby, komunikowanie się za pomocą gestów, empatię, rozpoznawanie intencji⁷⁶;
- większa objętość mózgu, półkul mózgowych, mózdzka⁷⁷ i jądra ogoniastego; zwiększony obwód głowy i masa mózgu⁷⁸;
- zaburzenia integracji pracy mózgowia oraz zaburzona dynamika przebiegu rozwoju strukturalnego mózgowia⁷⁹;
- nieprawidłowości w ośrodku Brocka, który odpowiada za płynną mowę czynną oraz łączenie głosek w wyrazy, a potem w zdania⁸⁰;
- anomalie w dodatkowym polu ruchowym (planowanie ruchu)⁸¹;
- różnice w objętości tkanki mózgowej⁸²;
- obniżony poziom IgG i IgM oraz niski poziom melatoniny – melatonina jest związana z plastycznością neuronalną oraz odpowiada za rytm snu i czuwania⁸³.

Ponadto stwierdzono zmniejszone ukrwienie płatów skroniowych, wadliwe funkcjonowanie lewej półkuli, której zadaniem jest podtrzymanie zdolności analitycznych i językowych. Odnotowano także uszkodzenia w pniu mózgu odpowiadającego za integrację sensoryczną⁸⁴. U. Firth podkreśla, że w autyzmie nie dochodzi do eliminacji niewykorzystanych połączeń międzykomórkowych (synaps) lub jest ona opóźniona. Zwykle proces ten dokonuje się po 18 miesiącu życia i pozwala zachować równowagę organizmu. Upośledzenie tej redukcji w przypadku autyzmu może być przyczyną reorganizacji specyficznych obszarów mózgu⁸⁵.

Ostatnią grupą czynników mogących przyczyniać się do występowania autyzmu są **czynniki środowiskowe**. Zaliczmy do nich przede wszystkim czynniki okołoporodowe, takie jak:

- niska waga urodzeniowa;

⁷⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s.79–80.

⁷⁶ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza...*, op. cit., s. 50.

⁷⁷ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 41.

⁷⁸ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 223–225, 229–233.

⁷⁹ A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający...*, op. cit., s. 11.

⁸⁰ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza...*, op. cit., s. 50.

⁸¹ Ibidem.

⁸² Ibidem, s. 51.

⁸³ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 223–225.

⁸⁴ Ibidem, s. 229–233.

⁸⁵ Ibidem, s. 224.

- wcześniactwo;
- leki zażywane przez matkę w ciąży;
- cukrzyca ciążowa;
- krwawienia;
- poród pośladowy oraz poród wywołany;
- pierwsze cesarskie cięcie;
- zaawansowany wiek matki lub ojca;
- kolejność urodzeń (pierwsze, trzecie i późniejsze);
- stres prenatalny (między 21 a 32 tygodniem ciąży) – może prowadzić do nieprawidłowości w funkcjonowaniu mózgu. Stres może powodować podwyższenie poziomu leukocytów i glikokortykoidów, a przez to zaburzać rozwój mózgu⁸⁶. Może też osłabiać barierę łożyskową, przez którą mogą dostać się czynniki uszkodzające⁸⁷. Stres spowodowany nadchodzącym rozwiązaniem, inny styl życia, ambiwalencja związana z ciążą, lęk przed macierzyństwem czy przed samym przebiegiem ciąży powodują wzrost napięcia emocjonalnego⁸⁸. Ma to konsekwencje zarówno dla życia psychicznego przyszłych matek i może powodować komplikacje w przebiegu ciąży, porodu czy laktacji, jak i dla rozwoju dziecka i wystąpienia u niego zaburzeń rozwojowych⁸⁹.

Dla pojawienia się symptomów autyzmu ma również znaczenie współwystępowanie problemów zdrowotnych:

- metabolicznych⁹⁰, infekcji wirusowych, grzybiczych, bakteryjnych;
- nadwrażliwości pokarmowych (gluten, kazeina), chorób zapalnych jelit, zatrucia rtęcią, peptydami, pestycydami;
- stresu oksydacyjnego i dysfunkcji mitochondrialnych⁹¹.

⁸⁶ M. Claassen, H. Naude, E. Pretorius, M.C. Bosman, *The contribution of prenatal stress to the pathogenesis of autism as a neurobiological developmental disorder: a dizygotic twin study*, „Early Child Development and Care” 2008, nr 178, s. 487–511.

⁸⁷ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 67.

⁸⁸ R. Cantwell, J.L. Cox, *Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium*, „Current Obstetrics & Gynaecology” 2003, nr 13, s. 7–13.

⁸⁹ D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 32.

⁹⁰ P. Shattock, P. Whiteley, L. Todd, *Autyzm jako zaburzenie metabolizmu*, Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Krakowie, Kraków 2009, s. 7–9.

⁹¹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 67–68.

Zaobserwowano także związek między wystąpieniem symptomów autyzmu a szczepionkami (MMR) (zwłaszcza tiomersalem – substancją konserwującą zawierającą rtęć)⁹².

1.2.2 Koncepcje poznawcze

S. Baron-Cohen oraz John Sweetenham w 1997 roku w swoich rozważaniach dotyczących autyzmu wysunęli tezę, że zaburzenia ze spektrum autyzmu łączą się z określonymi dysfunkcjami poznawczymi w obrębie trzech odrębnych procesów umysłowych – **teorii umysłu, funkcji wykonawczych, centralnej koherencji**⁹³. Zauważono także związek ze zdolnościami **empatyzowania i systemizowania**⁹⁴. Wszystkie te teorie są ze sobą powiązane, na co wskazują symptomy behawioralne dostrzegalne u osób z autyzmem, jednak ustalenie jasnej relacji między tymi deficytami nie jest łatwe⁹⁵. Chociaż zależność ta wymaga głębszego zbadania, teorie te są uznawane za podstawę uwarunkowań poznawczych wystąpienia autyzmu.

Teoria umysłu

Termin „teoria umysłu” (*Theory of Mind*, ToM) został wprowadzony przez Davida Premacka i Guya Woodruffa w 1978 roku⁹⁶. Jej twórcy uważali, że dzięki tej konstrukcji ludzie są w stanie wnioskować o stanach umysłu innych za pomocą zachowań, wyglądu, werbalnych i niewerbalnych form komunikacyjnych, własnych doświadczeń oraz kontaktów interpersonalnych⁹⁷. To zdolność do wyjaśniania i przewidywania zachowań poprzez odwołanie do stanów umysłu⁹⁸. Jako czynność automatyczna i nieuświadomiona bywa często nazywana mentalizowaniem⁹⁹. Jest rodzajem wnioskowania o typowo poznawczym i abstrakcyjnym charakterze¹⁰⁰. Przypuszczenie o związku autyzmu i zaburzeń poznawczych

⁹² Według Światowej Organizacji Zdrowia nie istnieje związek przyczynowy pomiędzy zaburzeniami neurobiologicznymi a szczepionkami; wynika to również z badań: B. Taylor, E. Miller, C.P. Farrington, M.Ch. Petropoulos, I. Favot-Mayaud, J. Li, P.A. Waight, *Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association*, „The Lancet” 1999, nr 353 (9169), s. 2026–2029.

⁹³ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna...*, op. cit., s. 30.

⁹⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 107.

⁹⁵ Ibidem, s. 100–101.

⁹⁶

⁹⁷ E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 68.

⁹⁸ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 83.

⁹⁹ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 108.

¹⁰⁰ A. Herzyk, P. Krukow, *Analiza neuropsychologiczna zaburzeń emocji i osobowości u pacjentów z dysfunkcjami mózgu*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), UMCS, Lublin 2009, s. 339.

w obrębie teorii umysłu wysnuł jako pierwszy Alan M. Leslie w 1978 roku¹⁰¹. Tłumaczył on, że u osób z autyzmem dostrzega się deficyty w systemie reprezentacji poznawczych¹⁰², które wynikają z braku rozumienia zjawisk poznawczych, jakie zachodzą w umyśle własnym i cudzym¹⁰³ – jest to tzw. ślepotą umysłu¹⁰⁴. Osoby ze spektrum autyzmu nie potrafią trafnie wnioskować o stanie umysłu drugiej osoby na podstawie jej zachowań i działań – dotyczy to głównie rozumienia intencji, pragnień, uczuć, przekonań, udawania, autorefleksji i przyczyn swojego zachowania¹⁰⁵. Deficyty te odnoszą się do intersubiektywności – zdolności do analizy sytuacji z perspektywy innej osoby¹⁰⁶. Dzieci z ASD nie radzą sobie z przypisywaniem ludziom przekonań, rozpoznawaniem twarzy, ekspresją emocji, tworzeniem wspólnego pola uwagi, monitorowaniem kierunku patrzenia oraz udawaniem (zdolność ta jest wskaźnikiem teorii umysłu w zabawie¹⁰⁷). Według S. Barona-Cohana, A.M. Lesliego i U. Frith „deficyty poznawcze uniemożliwiają dostrzeganie i wykorzystywanie skojarzeń dotyczących abstrakcyjnych odczuć pojawiających się w psychice – wyobrażeń”¹⁰⁸.

Przyczyną nierozwiniętej ToM u dzieci z autyzmem są mechanizmy korowe¹⁰⁹ odpowiednich części mózgu – zmniejszona aktywność w obrębie zakrętu przedśrodkowego czołowego oraz ciała migdałowatego, większa natomiast w okolicach skroniowych (anomalie w płacie czołowym blokują rozumowanie typu „wiem, że wiem” i „wiem, że on wie, że ja wiem” oraz selektywnego hamowania, czyli powstrzymywania się ze swoją intencją, by móc poznać intencję kogoś innego¹¹⁰). Inną przyczyną może być zahamowany proces selekcji informacji, co uniemożliwia rozwój selektywnej uwagi¹¹¹. B. Winczura kładzie nacisk na zaburzenie mentalizowania w ramach teorii umysłu, czyli niemożność wyobrażenia sobie i zrozumienia, że ludzie to nie przedmioty, a istoty myślące, mające pragnienia i intencje¹¹². S. Baron-Cohen podkreślał, że na proces „czytania umysłu” składają się cztery komponenty:

¹⁰¹ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, op. cit., s. 68.

¹⁰² E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 83.

¹⁰³ S. Baron-Cohen, *The extreme male brain theory of autism*, „Trends in Cognitive Sciences” 2002, nr 6 (6), s. 248–254.

¹⁰⁴ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 108.

¹⁰⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 84.

¹⁰⁶ C. Trevarthen, K.J. Aitken, *Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines” 2001, nr 42, s. 3–48.

¹⁰⁷ B. Winczura, *Zabawa jak komponent teorii umysłu u dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 88–89.

¹⁰⁸ S. Baron-Cohen, A.M. Leslie, U. Frith, *Does the autistic child have a „theory of mind”?*, „Cognition” 1985, nr 21 (1), s. 37–46.

¹⁰⁹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 88.

¹¹⁰ A. Herzyk, P. Krukow, *Analiza neuropsychologiczna zaburzeń emocji i osobowości u pacjentów z dysfunkcjami mózgu...*, op. cit., s. 340.

¹¹¹ A.M. Leslie, O. Friedman, T.P. German, *Core mechanisms in „theory of mind”*, „Trends in Cognitive Sciences” 2004, nr 8, s. 528–533.

¹¹² B. Winczura, *Zabawa jako komponent...*, op. cit., s. 96.

1. ID (*intentionality detector* – wykrywacz intencji) to mechanizm popędowy, który rozpoznaje i interpretuje dany bodziec jako cel lub pragnienie (cel związany jest z obiektem, w ramach którego podejmujemy działanie, natomiast pragnienie to ruch skierowany do lub od bodźca).
2. EDD (*eye direction detector* – wykrywacz kierunku patrzenia) to mechanizm związany ze wspólnym polem uwagi, który pozwala dostrzegać oczy drugiej osoby (umiejętność podrzędna) oraz ich zachowanie (umiejętność nadrzędna).
3. SAM (*shared attention mechanism* – mechanizm współdzielonej uwagi) to zachowanie, dzięki któremu interpretujemy, czy podmiot i dana osoba skupiają jednocześnie swoją uwagę na przedmiocie oraz dzielą się tym doświadczeniem.
4. ToMM (*theory of mind mechanism* – mechanizm teorii umysłu) to zdolność interpretowania stanów umysłu innych na podstawie zachowania czy form niewerbalnych¹¹³.

U dzieci prawidłowo funkcjonujących wszystkie cztery mechanizmy rozwijają się około 48 miesiąca życia. Wśród dzieci z ASD są takie, u których nie rozwinął się SAM oraz ToMM oraz takie, u których nie wykształcił się tylko ToMM. Poziom rozwinięcia się tych mechanizmów u osób z autyzmem jest zróżnicowany – zależy to od poziomu umysłowego, umiejętności językowych oraz wieku dziecka¹¹⁴. Należy podkreślić, że zaburzenia ToM pozostają w relacji z zaburzeniami społecznymi, komunikacyjnymi i innymi deficytami poznawczymi u osób z autyzmem¹¹⁵.

Funkcje wykonawcze

Funkcje wykonawcze (FW) to centralne mechanizmy wykonawcze lub procesy neuropsychologiczne, które warunkują poznawczą, emocjonalną i fizyczną samokontrolę. Obejmują takie czynności jak: planowanie działania, jego inicjowanie i kontrolowanie, koncentracja na zadaniu, przenoszenie uwagi, monitorowanie poziomu wykonywania, korzystanie z informacji zwrotnych, oderwanie się od zewnętrznego kontekstu, elastyczne dostosowywanie aktywności do zmian¹¹⁶. Bill Nason uzupełnia ten wykaz o: hamowanie impulsów, nadążanie za zmianami, rozwiązywanie problemów, zdolności organizacyjne oraz pamięć wykonawczą¹¹⁷. Katarzyna Markiewicz definiuje funkcje wykonawcze jako

¹¹³ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, op. cit., s. 71–72.

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 86.

¹¹⁶ Ibidem, s. 90.

¹¹⁷ B. Nason, *Porozmawiajmy o autyzmie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017, s. 96–97.

samoregulujące procesy poznawcze obejmujące kontrolę uwagi i reakcje motoryczne, odporność na zakłócenia czy zmiany¹¹⁸. Przyczyną upośledzenia tych funkcji mogą być uszkodzenia kory przedczołowej powodujące m.in.: brak płynności myślenia, koncentrowanie się na szczegółach, pomijanie kontekstu, hamowanie odpowiedzi (*response inhibition*) czy zaburzenia pamięci roboczej (*working memory*) oraz regulacji pobudzenia. Funkcje wykonawcze są bardzo silnie związane z funkcjonowaniem sfery społecznej. Ich rozwój następuje między dzieciństwem a okresem dorostania; ważnym czynnikiem jest plastyczność zachowania, czyli możliwość zmian w obszarze wspomnianych umiejętności wykonawczych¹¹⁹. W ramach zaburzeń funkcji wykonawczych mieszczą się również powtarzalne wzorce zachowania, czyli stereotypie. Pojawiają się one w sytuacjach nowych, złożonych i są przyczyną niepewności lub lęku (zwłaszcza gdy są to sytuacje społeczne). Takie sytuacje powodują nadmierne pobudzenie emocjonalne (zauważalne w badaniach jako zmiany w przewodnictwie elektrycznym skóry, rytmie serca czy zapisie EEG), które jest redukowane/regulowane przez stereotypie¹²⁰. Zaburzenia FW wyjaśniają występujące u osób z ASD ograniczone wzorce myślenia, nieelastyczność czy potrzebę niezmienności. Zaburzenia te odnotowuje się także u osób z ADHD, ale poziom możliwości ich hamowania jest u nich niższy. Z tego względu wyklucza się, że FW są przyczyną zaburzeń społecznych i komunikacyjnych u dzieci ze spektrum autyzmu. Badania jednoznacznie wykazują stan zaburzenia funkcji wykonawczych, chociaż w niektórych pracach nie wskazano deficytów w tym zakresie¹²¹. Przypuszcza się, że deficyty funkcji wykonawczych są uwarunkowane genetycznie¹²².

Centralna koherencja

Autorką teorii centralnej koherencji (CK) jest Uta Frith. Według niej jest to umiejętność integrowania poszczególnych elementów w spójną całość. Centralna koherencja sprawia, że dostrzegamy całokształt sytuacji interpretując bodźce, bierzemy pod uwagę kontekst, odczytujemy znaczenia elementów prostych i złożonych oraz koncentrujemy się na ogóle, nie na szczególe. Przekłada się to także na funkcjonowanie językowe – odczytywanie znaczeń, integrowanie informacji, tworzenie pojęć, wnioskowanie. Osoby z ASD nie są w stanie dostrzec całości, tylko szczegóły i nie interpretują danego zdarzenia za pomocą

¹¹⁸ K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, UMCS, Lublin 2004, s. 76.

¹¹⁹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 91.

¹²⁰ Ibidem, s. 92.

¹²¹ H. Boge, B. Flamma, J. van der Meere, H. van Engeland, *Cognitive flexibility in adults, with high-functioning autism*, „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology” 2008, nr 30, s. 33–41.

¹²² E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 96.

kontekstu.¹²³ Osoby te wykazują słabą koherencję centralną, jednak odpowiednio poinstruowane potrafią uwzględnić kontekst¹²⁴. Podobnie jak funkcje wykonawcze CK przypuszczalnie może mieć związek z trudnościami społecznymi, np. z problemami z całościowym rozumieniem sytuacji społecznych, ale wyniki badań w tym obszarze nie dostarczają jednoznacznych danych¹²⁵. Z pewnością zdolność ta łączy się z silną u osób z ASD potrzebą niezmienności otoczenia i stałości oraz z możliwościami komunikacyjnymi¹²⁶. Przykładem może być prozopagnozja – zaburzenie, w którym osoba widzi poszczególne elementy twarzy, ale nie dostrzega jej w całości¹²⁷. Zaburzenia centralnej koherencji powodują trudności z odczytywaniem znaczenia ogólnego, myśleniem konkretnym, a przez to prowadzą do tworzenia błędnych interpretacji i sądów¹²⁸. Trzeba zaznaczyć, że obniżenie sprawności w obszarze CK może być interpretowane jako inny wymiar przetwarzania informacji, a nie jako deficyt¹²⁹.

Zdolności empatyzowania i systemizowania

Empatyzowanie i systemizowanie to dwa style poznawcze, które u osób z ASD nie funkcjonują prawidłowo, co może tłumaczyć społeczne i komunikacyjne deficyty. Empatyzowanie polega na umiejętności wnioskowania o stanie umysłu drugiej osoby oraz odpowiedniego reagowania na tak uzyskaną informację (np. odczytywanie myśli i emocji z mimiki twarzy)¹³⁰. Oznacza rozumienie planów, myśli, punktu widzenia drugiej osoby, a jego brak przejawia się niezdolnością do odpowiadania na emocje innych w adekwatny sposób¹³¹. Systemizowanie natomiast polega na analizie i porządkowaniu informacji na temat budowy i funkcjonowania obiektów/zjawisk, co pozwala przewidywać działania na podstawie znajomości ich struktury i mechanizmów¹³². Proces systemizowania opiera się na analizie,

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ S. Baron-Cohen, H. Ring, S. Wheelwright, E. Bullmore, M. Brammer, A. Simmons, S. Williams, *Social intelligence in the normal and autistic brain: an f-MRI study*, „European Journal of Neuroscience” 1999, nr 11, s. 1891–1898.

¹²⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 99.

¹²⁶ Ibidem.

¹²⁷ J. Ubraniuk, *To, co jest niewidoczne dla oczu. Prozopagnozja w diagnozie dziecka ze spektrum zaburzeń autystycznych*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 66.

¹²⁸ B. Nason, *Porozmawiajmy o autyzmie*, op. cit., s. 65–66.

¹²⁹ F. Happé, U. Frith, *The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2006, nr 36, s. 5–25.

¹³⁰ S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, S. Hill, Y. Raste, I. Plumb, *The reading in mind in the eyes. Test revised version: a study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2001, nr 42, s. 241–251.

¹³¹ S. Baron-Cohen, *Autism: The Empathizing-Systemizing (E-S) Theory*, „The Year in Cognitive Neuroscience” 2009, nr 1156, s. 68–80.

¹³² Ibidem.

eksploracji i ma na celu tworzenie systemów – mężczyźni neurotypowi¹³³ (czyli bez zaburzenia ze spektrum autyzmu) lepiej sobie radzą w procesie systemizowania, gorzej w procesie empatyzowania – podobnie jak osoby z autyzmem¹³⁴. Według twórców tej teorii „autystyczny umysł jest umysłem ze skrajnie rozwiniętymi męskimi cechami”, skąd wzięła się koncepcja „ekstremalnie męskiego umysłu”¹³⁵. Koncepcja ta może wiązać się z jednym z zakładanych biologicznych uwarunkowań autyzmu, a mianowicie wysokim poziomem testosteronu w życiu płodowym¹³⁶. Nasuwa się zatem pytanie, czy płeć ma związek z nasileniem i rodzajem symptomów zaburzenia ze spektrum autyzmu. Nie ma jednak na nie jednoznacznej odpowiedzi. Niezaprzeczalnym faktem jest przewaga liczebna mężczyzn z ASD nad kobietami, co może być uwarunkowane genetycznie. Istnieją także pewne prawidłowości w profilu zdolności u rodziców i rodzeństwa dzieci z autyzmem (wśród krewnych osób z autyzmem częściej zdarzały się osoby z zawodami technicznymi czy matematycznymi)¹³⁷.

Zarówno u osób neurotypowych, jak i u osób ze spektrum autyzmu występuje różny stopień nasilenia zachowań typowych dla autyzmu – te cechy i/lub zachowania przejawiają się w różnym stopniu w całej populacji ludzi, nie tylko u osób z autyzmem¹³⁸. Ta obserwacja stała się podstawą koncepcji postrzegającej autyzm jako stan lub cechę osoby, a nie jako zaburzenie czy dysfunkcję. Zamiast określenia „zaburzenie ze spektrum autyzmu” (*Autism Spectrum Disorder* – ASD) zaproponowano sformułowanie „kondycja spektrum autyzmu” (*Autism Spectrum Condition* – ASC)¹³⁹. W takim ujęciu cechy osób opisywane w odniesieniu do cech typowych dla spektrum autyzmu pozwalają na umiejscowienie danej osoby na autystycznym kontinuum rozciągającym się od rozwoju neurotypowego przez zespół Aspergera po autyzm dziecięcy. Ze względu na różnorodność jednostek z autyzmem twórcy tej teorii podkreślali, że nie wszystkie cechy (zachowania) da się zamknąć w ramach konkretnego i zdefiniowanego zaburzenia o jasno sformułowanych kryteriach

¹³³ Neurotypowy rozwój to rozwój odmienny od rozwoju dziecka z ASD, podają za: T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny...*, op. cit., s. 166.

¹³⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 107–108.

¹³⁵ S. Baron-Cohen, *The extreme male...*, op. cit., s. 248–254.

¹³⁶ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 108.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, R. Skinner, J. Martin, E. Cubley, *The autism spectrum-quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2001, nr 31, s. 5–17.

¹³⁹ H. Ring, M. Woodbury-Smith, P. Watson, S. Wheelwright, S. Baron-Cohen, *Clinical heterogeneity among people with high-functioning autism spectrum conditions: evidence favouring a continuous severity gradient*, „Behavioral and Brain Functions” 2008, nr 4, s. 1–6.

diagnostycznych. Dzięki swojej relatywności koncepcja kontinuum stawia na pierwszym miejscu jednostkę, jej potrzeby i możliwości przy pełnym akceptowaniu jej odmienności.

1.2.3 Koncepcje behawioralne

Omawiając poszczególne teorie dotyczące genezy autyzmu, warto wspomnieć o **podejściu behawioralnym**. Charles Ferster w 1961 roku zauważył, że pojawienie się u dzieci cech autyzmu jest powiązane z nietypowymi mechanizmami uczenia się. Wynioskowano stąd, że czynniki środowiskowe (które bezpośrednio oddziałują na dzieci) kształtują ich zachowania i mogą je korygować, z czego wynika, że „u dzieci z autyzmem można kształtować zachowanie poprzez odpowiednie procedury uczenia”¹⁴⁰. Zatem według Ch. Ferstera teoria uczenia może być z powodzeniem stosowana w terapii dzieci i osób z autyzmem. W 1989 roku O. Ivar Lovaas i Tristram Smith, tworząc podwaliny współczesnej stosowanej analizy zachowania, zamieścili w swoich rozważaniach kilka ważnych stwierdzeń dotyczących autyzmu:

1. Zachowania osób z autyzmem nie są odmienne od zachowań osób bez zaburzeń i tak samo podlegają ogólnie przyjętym normom zachowania.
2. Osoby z autyzmem mają raczej wiele deficytów lub nadmiarów behawioralnych niż jedną centralną dysfunkcję.
3. Osoby z autyzmem mogą się efektywnie uczyć w środowisku specjalnie przystosowanym do ich potrzeb.
4. Autyzm powinien być traktowany bardziej jako zaburzenie polegające na niedopasowaniu systemu nerwowego do typowych warunków życia niż jako choroba, z której można wyleczyć¹⁴¹.

1.2.4 Koncepcje psychoanalityczne oraz etologiczne

Ostatnią grupę teorii mówiących o przyczynach występowania autyzmu stanowią koncepcje psychoanalityczne oraz etologiczne. Analizowane są jako ostatnie, gdyż z racji swojej nieaktualności (dotyczy to zwłaszcza teorii psychoanalitycznych) nie są brane pod uwagę. Jednakże ze względu na aspekt historyczny warto niektóre z nich przytoczyć.

Jednym z ujęć psychoanalitycznych genezy autyzmu było postrzeganie go jako zaburzenia procesu separacji-indywidualizacji w relacji z obiektem – niemowlę posiadające załazek ego w początkowych relacjach z obiektem (matką) doświadcza lęku. Później

¹⁴⁰ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna...*, op. cit., s. 30.

¹⁴¹ Ibidem, s. 37–38.

następuje faza depresyjna, w której dziecko postrzega matkę jako obiekt całościowy. Przedstawicielka tego nurtu **Melanie Klein** (1946, 1957) podkreślała, że jeżeli faza depresyjna dziecka nie zostanie odpowiednio przepracowana, mogą wystąpić zauważalne zaburzenia rozwojowe¹⁴².

Według **Margaret Mahler** (1982) autyzm to obronny typ funkcjonowania – nie jest prostą formą regresji, ale specyficznym typem relacji z obiektem, czyli z matką¹⁴³. Ponieważ relacja jest dla dziecka czymś traumatycznym, „zawiesza” ono percepcję, aby odciąć się od przeżycia wywołującego lęk. Takie przedstawienie przyczyn wystąpienia autyzmu sprawiało, że rodzice dziecka z ASD, a zwłaszcza matki, często obwiniały o to siebie. Tak prezentował to **Bruno Bettlheim** (1967), który w *Pustej fortecy* pisał, że zakłócona więź z matką powoduje wycofanie i izolowanie się dziecka oraz tworzenie przez niego własnego „pustego świata”¹⁴⁴.

Model etologiczny genezy autyzmu jako pierwszy zastosował **John Bowlby** (1969, 1988), który oparł na nim swoją teorię przywiązania. W jego ujęciu podstawą rozwoju dziecka jest relacja pomiędzy matką a dzieckiem. Gdy mechanizm nawiązywania kontaktu emocjonalnego dziecka jest nieprawidłowo wykształcony, mogą pojawić się zaburzenia neurotyczne, depresyjne oraz autystyczne¹⁴⁵.

Innym przedstawicielem nurtu etologicznego był **Niko Tinbergen**. W 1972 roku określił autyzm jako somatyczny mechanizm obronny wynikający z lęku przed zagrożeniem czy odrzuceniem. Według twórcy tej teorii proces rozwoju dziecka z autyzmem wiązał się z jego ograniczoną aktywnością i zatrzymaniem poziomu biologicznego organizmu oraz nieumiejętnością radzenia sobie z wieloma czynnikami zewnętrznymi (różnymi bodźcami: dotykowymi, słuchowymi, wzrokowymi). Dziecko próbuje poradzić sobie z tymi czynnikami, redukując informacje zewnętrzne poprzez wycofywanie się – odsuwanie się od świata, w tym również od relacji z matką¹⁴⁶. Proces odsuwania się od świata zewnętrznego, zmniejszona odporność na bodźce, większa podatność na zranienia oraz predyspozycje do przeżywania silnego lęku to przyczyny pojawiania się u dziecka zaburzeń ze spektrum autyzmu¹⁴⁷.

¹⁴² L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 21–22.

¹⁴³ Ibidem, s. 24.

¹⁴⁴ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna...*, op. cit., s. 28.

¹⁴⁵ Ibidem, s. 29.

¹⁴⁶ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 34.

¹⁴⁷ Ibidem.

1.3 Podstawowe objawy oraz zaburzenia towarzyszące zaburzeniu ze spektrum autyzmu

1.3.1 Funkcjonowanie społeczne

Opisując kompetencje społeczne dzieci ze spektrum autyzmu, należy podkreślić fakt, że ich poziom funkcjonowania społecznego oraz umiejętności znacznie się różnią. Każda jednostka ze zdiagnozowanym zaburzeniem może cechować się innym zakresem umiejętności społecznych i stopniem radzenia sobie w społeczeństwie. Deprywacja w funkcjonowaniu społecznym odbija się niekorzystnie na rozwoju mózgu¹⁴⁸. Nadmierna stymulacja i trudności z wyodrębnianiem istotnych bodźców mogą powodować nieprawidłowości w systemie podkorowym mózgu, które z kolei wpływają na system korowy odpowiedzialny za całościowe prawidłowe funkcjonowanie mózgu¹⁴⁹.

Sfera społeczna jest związana z takimi umiejętnościami, jak: inicjowanie, nawiązywanie i podtrzymywanie interakcji z innymi, rozumienie kontekstu i znaczenia tych kontaktów oraz odpowiednie reagowanie na bodźce społeczne¹⁵⁰. Jak podkreśla Albert J. Cotugno, proces socjalizacji wymaga przechodzenia przez wiele etapów opartych na uczeniu się, ciągłym rozwijaniu i opanowywaniu poznanych umiejętności oraz nabywaniu kolejnych¹⁵¹. Aktywność społeczna wiąże się z motywacją społeczną, naśladowaniem, ze świadomością ról czy umiejętnością zabawy¹⁵². Trudności społeczne dzieci z autyzmem wynikają z zaburzeń empatii, rozumienia abstrakcyjnego oraz dosłowności języka¹⁵³.

Jednym ze znacznych utrudnień w obszarze społecznym są zaburzenia **kontaktu wzrokowego**. Objawia się to unikaniem tego kontaktu, spoglądaniem z ukosa lub natarczywym wpatrywaniem się¹⁵⁴, co utrudnia interpretowanie wyrazu twarzy, oczu oraz określenie kierunku patrzenia innych osób¹⁵⁵. Jak podkreślają badacze, trudności w kontakcie wzrokowym pociągają za sobą bardziej złożone dysfunkcje w obszarze społecznym, takie jak nieumiejętność łączenia kontaktu wzrokowego ze wskazywaniem, wokalizacją lub

¹⁴⁸ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 31.

¹⁴⁹ Ibidem.

¹⁵⁰ A.J. Cotugno, *Terapia grupowa...*, op. cit., s. 51.

¹⁵¹ Ibidem.

¹⁵² S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM). Jak wykorzystać codzienne aktywności, aby pomóc dzieciom tworzyć więzi, komunikować się i uczyć*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015, s. 73–74.

¹⁵³ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005, s. 32–33.

¹⁵⁴ A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City 2004 s. 76–78.

¹⁵⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 35.

mówieniem¹⁵⁶. U dzieci z autyzmem zauważa się małe zainteresowanie twarzą ludzką, rzadziej i krócej przyglądają się ludziom, poświęcają więcej czasu przedmiotom¹⁵⁷. Chętnie i z zainteresowaniem śledzą wzrokiem bodźce nieożywione – zarówno statyczne, jak i niestacyjne. Jeżeli obiektem obserwacji są ludzie, nie patrzą im w oczy, ale skupiają się na ustach i rękach¹⁵⁸. Badacze Mel D. Rutherford i Ashley M. Towns stwierdzili, że pod względem czasu patrzenia na poszczególne części twarzy, w tym oczy, przedstawione na fotografiach nie ma znaczącej różnicy pomiędzy osobami z autyzmem a prawidłowo funkcjonującymi¹⁵⁹. Według Ewy Pisuli czas patrzenia przez osoby z autyzmem innym w oczy może korelować ze stopniem nasilenia trudności społecznych¹⁶⁰. Choć z biegiem czasu zainteresowanie społeczne dzieci z ASD rośnie, to i tak jest słabsze niż u ich prawidłowo rozwijających się rówieśników. Obserwacja obiektów biologicznych (ludzi) powoduje uaktywnienie się w mózgu ciała migdałowatego i zakrętu wrzecionowatego, a dzięki temu obserwująca jednostka jest zdolna do przypisywania intencji. Zaburzenia w tych obszarach tę zdolność upośledzają. Trudności ze spostrzeganiem twarzy – która to umiejętność jest zdobywana we wczesnej fazie dzieciństwa – powodują anomalie w rozwoju systemu korowego¹⁶¹. Jak zaznaczają badacze, „wszystko, czego małe dzieci uczą się na temat komunikacji, emocji, języka i interakcji społecznych, bierze się z licznych doświadczeń związanych z patrzeniem, naśladowaniem i kontaktami z ludźmi”¹⁶². Jeżeli zdolność do obserwacji jest u dziecka w tym aspekcie zaburzona, to proces uczenia się komunikacji społecznej może ulec spowolnieniu, co prowadzi do nieharmonijnego rozwoju dziecka. Sally J. Rogers, Geraldine Dawson i Laurie A. Vismara podkreślają: „więcej uwagi skupionej na innych ludziach to więcej sposobności do uczenia się od nich”¹⁶³.

¹⁵⁶ S. Baron-Cohen, F. Scott, C. Allison, J. Williams, P. Bolton, F.E. Matthews, C. Brayne, *Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study*, „The British Journal of Psychiatry” 2009, nr 194, s. 500–509.

¹⁵⁷ J. Swettenham, S. Baron-Cohen, T. Charman, A. Cox, G. Baird, A. Drew, L. Rees, S. Wheelwright, *The frequency and distribution of spontaneous attention shifts between social and nonsocial stimuli in autistic, typically developing and nonautistic developmentally delayed infants*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines” 1998, nr 39, s. 747–753.

¹⁵⁸ L.L. Speer, A.E. Cook, W.M. McMahon, E. Clark, *Face processing in children with autism: effects of stimulus contents and type*, „Autism” 2007, nr 11, s. 265–277.

¹⁵⁹ M.D. Rutherford, M.A. Towns, *Scan path differences and similarities during emotion perception in those with and without autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2008, nr 38, s. 1371–1381.

¹⁶⁰ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 32.

¹⁶¹ G. Dawson, S. Webb, G.D. Schellenberg, S. Dager, S. Friedman, E. Aylward, T. Richards, *Defining the broader phenotype of autism: genetic, brain, and behavioral perspectives*, „Development and Psychopathology” 2002, nr 14, s. 581–611.

¹⁶² S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu...*, op. cit., s. 85.

¹⁶³ Ibidem.

U osób z zaburzeniem ze spektrum autyzmu dostrzega się również trudności ze **wspólnym polem uwagi**. Wspólne pole uwagi łączy się z umiejętnościami komunikacyjnymi i społecznymi dziecka, które ujawniają się pomiędzy 10 a 30 miesiącem życia¹⁶⁴. Wspólne pole uwagi to umiejętność kierowania uwagi na ten sam obiekt wraz z innym obserwatorem. Polega na płynnym przenoszeniu uwagi z obiektu na osobę i ponownie obiekt w celu dzielenia się spostrzeżeniami, zainteresowaniem¹⁶⁵ oraz własnym stosunkiem do przeżywanego/obserwowanego wydarzenia, zjawiska czy przedmiotu. Obejmuje przenoszenie wzroku z przedmiotu na osobę i na odwrót, monitorowanie kierunku patrzenia oraz ukierunkowanie uwagi. Simon Baron-Cohen wskazuje, że u dzieci z autyzmem jest możliwe proste diadyczne przenoszenie uwagi. Trudności pojawiają się w przypadku reprezentacji triadycznych – osoba, obiekt, osoba¹⁶⁶ lub uwagi potrójnej¹⁶⁷. Problemy ze wspólnym polem uwagi mogą wynikać z braku rozumienia intencji dzielenia się doświadczeniem z innymi oraz nieumiejętności przyjmowania odmiennej perspektywy – tego, co w danym czasie widzi inna osoba¹⁶⁸. Jak podkreśla Małgorzata Skórczyńska, wspólne pole uwagi jest ważnym osiągnięciem w rozwoju umiejętności społecznych, gdyż przyczynia się do rozwoju mowy – najpierw wykształca się wspólne pole uwagi o charakterze receptywnym (oparte na odpowiadaniu na reakcję), później – ekspresywnym (polegające na inicjowaniu kontaktu z drugą osobą lub działania na nią ukierunkowanego)¹⁶⁹. Wspólne pole uwagi przekłada się na umiejętność współdziałania, a ta z kolei na umiejętność naśladowania¹⁷⁰.

Trudności z **naśladowaniem** to kolejny z poważnych problemów występujących u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Dzieci te nie wykorzystują okazji do naśladowania, nie przejawiają chęci do angażowania się w zabawę czy w proces uczenia się¹⁷¹. Naśladowanie jest nierozdzielnie związane z uczeniem się interakcji społecznych z innymi ludźmi (uczenie się społecznych zasad), z komunikowaniem się (uczenie się języka,

¹⁶⁴ S.L. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 42.

¹⁶⁵ C. Kasari, S.F.N. Freeman, T. Paparella, *Early intervention in autism: joint attention and symbolic play*, [w:] *International Review of Research in Mental Retardation*, L.M. Glidden (red.), Academic, San Diego 2000, s. 207–237, podają za: E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 36.

¹⁶⁶ S. Baron-Cohen, *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*, The MIT Press, Cambridge 1997, podają za: E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 36.

¹⁶⁷ S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu...*, op. cit., s. 271.

¹⁶⁸ A.F. Hamilton, R. Brindley, U. Frith, *Visual perspective taking impairment in children with autistic spectrum disorder*, „Cognition” 2009, nr 113, s. 37–44.

¹⁶⁹ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 45.

¹⁷⁰ C. Colombi, K. Liebal, M. Tomasello, G. Young, F. Warneken, S.J. Rogers, *Examining correlates of cooperation in autism. Imitation, joint attention and understanding intentions*, „Autism” 2009, nr 13, s. 143–163.

¹⁷¹ S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu...*, op. cit., s. 73.

komunikacji niewerbalnej, tego, jak działają różne rzeczy) oraz z empatią¹⁷². Wyróżnia się dwa poziomy tej umiejętności: (1) odzwierciedlanie działania swoim zachowaniem oraz (2) tworzenie programów aktywności, na których podstawie jednostka odtwarza złożone działania¹⁷³. Umiejętności naśladowania wiążą się z funkcjonowaniem w korze przedcuchowej oraz ciemieniowej neuronów lustrzanych – są one odpowiedzialne za uwagę, planowanie, wykonywanie i kontrolę ruchu, pamięć roboczą, tworzenie reprezentacji czy świadomości ciała¹⁷⁴. Wyniki badań z neurobrazowania pokazują, że u osób z autyzmem system neuronów lustrzanych istnieje, ale jest mało aktywny. Jego zaktywizowanie wymaga większej stymulacji i odpowiednich narzędzi¹⁷⁵. Stopień zaburzenia umiejętności naśladowania u osób z ASD może być różny, w zależności od jednostki.

Innym ważnym społecznym obszarem, w którym u dzieci z autyzmem występują zaburzenia, jest **umiejętność zabawy**. W przypadku tych dzieci zauważa się nieprawidłowy wzorzec zabawy, co rzutuje na ich funkcjonowanie społeczne. Podczas zabawy z rodzicem lub rówieśnikiem dzieci z autyzmem nie dostrajają się do wysyłanych przez nich komunikatów, nie reagują na nie, a tym samym tracą możliwość kształtowania umiejętności naśladowania czy współodczuwania emocji, które są podstawą nauki oraz komunikacji¹⁷⁶. W okresie od 3 do 5 roku życia dzieci z ASD w przeciwieństwie do dzieci funkcjonujących prawidłowo nie budują wspólnych doświadczeń w zabawie z rówieśnikami, co znacząco wpływa na ich sferę społeczną¹⁷⁷. Zabawa dziecka z autyzmem może mieć charakter sensomotoryczny i rytualny¹⁷⁸. Barbara Winczura podkreśla, że zabawa ta przeważnie przyjmuje formę zabawy manipulacyjnej (dotykanie przedmiotu rękami, obracanie na wszystkie strony w celu poznania jego właściwości), a rzadziej zabawy funkcjonalnej (kiedy przedmiot jest używany zgodnie z jego przeznaczeniem), symbolicznej bądź zabawy na niby¹⁷⁹. Według badaczki dwie ostatnie formy zabawy wymagają od dziecka umiejętności przypisywania czynnościom odpowiednich znaczeń, przyjmowania perspektywy innych, udawania, pozorowania oraz wnioskowania o stanach umysłu innych osób, co w przypadku osób z autyzmem jest znacznie ograniczone¹⁸⁰. Alan M. Leslie wyróżnia trzy formy zabawy:

¹⁷² E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 38.

¹⁷³ R.W. Byrne, A.E. Russon, *Learning by imitation: a hierarchical approach*, „The Behavioral and Brain Sciences” 1998, nr 21, s. 667–684.

¹⁷⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 38.

¹⁷⁵ S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu...*, op. cit., s. 209.

¹⁷⁶ Ibidem, s. 144.

¹⁷⁷ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 52.

¹⁷⁸ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 49.

¹⁷⁹ B. Winczura, *Zabawa jako komponent...*, op. cit., s. 88–89.

¹⁸⁰ Ibidem.

(1) zastępowanie obiektów, czyli zabawę przez odniesienie (klocek jest samochodem); (2) formę prawdy (przypisywanie obiektom nieprawdziwych właściwości); (3) formę istnienia (związane z udawaniem, że czegoś nie ma)¹⁸¹. Te trzy działania odnoszą się do wspomnianej teorii umysłu (*theory of mind*). Jest to mechanizm kształtujący się w dzieciństwie służący przetwarzaniu informacji i dostarczający wiedzy o umyśle¹⁸². Ważnym czynnikiem teorii umysłu jest zdolność udawania, która pojawia się pomiędzy 18 a 24 miesiącem życia dziecka. Wiąże się ona nie tylko z umiejętnością zabawy oraz z tworzeniem czy rozumieniem symboli, ale również z komunikacją¹⁸³. Zdolność oceny stanów umysłu drugiej osoby opiera się na umiejętności tworzenia reprezentacji I rzędu (dotyczącej zdarzeń/obiektów, których cechy dziecko może zaobserwować i rozpoznać) oraz reprezentacji II rzędu, czyli metareprezentacji (dotyczącej zdarzeń/obiektów bezpośrednio nieobserwowalnych). Tworzenie reprezentacji II rzędu wymaga szeregu umiejętności, w tym: udawania właściwości, których przedmiot nie posiada, udawania substytucyjnego (nadawania symbolicznego znaczenia przedmiotom) oraz udawania egzystencjalnego, czyli wyobrażania sobie „nierzeczywistej rzeczywistości”¹⁸⁴. Według S. Barona-Cohana, A.M. Lesliego oraz Uty Frith u dzieci z autyzmem występuje deficyt w obszarze oceny stanów umysłu innych osób¹⁸⁵, a co za tym idzie – znaczne zaburzenia umiejętności zabawy. W opinii Julii Moor przyczynami zaburzeń zabawy u dzieci z ASD są: (1) trudności w naśladowaniu; (2) trudności z wchodzeniem w interakcje i skupieniem uwagi; (3) brak umiejętności tworzenia zabaw tematycznych; (4) przyjmowanie jednego schematu zabawy; (5) słabo rozwinięta wyobraźnia; (6) trudności z uogólnianiem faktów w bardziej abstrakcyjne; (7) słaba komunikacja¹⁸⁶. Jak podkreśla E. Pisula, poziom zaawansowania umiejętności zabawy (zwłaszcza zabawy symbolicznej) zależy od wieku umysłowego dziecka oraz jego zdolności komunikacyjnych¹⁸⁷.

Kolejnym obszarem związanym z funkcjonowaniem społecznym, w którym u dzieci z ASD odnotowuje się trudności, jest **obszar emocjonalny**. Dzieci z autyzmem potrafią odczytać proste emocje: radość, złość, smutek, strach, obrzydzenie, zaskoczenie – a przynajmniej są w stanie się tego nauczyć podczas zajęć terapeutycznych¹⁸⁸. Natomiast duże

¹⁸¹ A.M. Leslie, *Pretending and believing: Issue in the theory of ToMM*, „Cognition” 1994, nr 50, s. 211–238.

¹⁸² K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne...*, op. cit., s. 15.

¹⁸³ E. Pisula, *Małe dziecko...*, op. cit., s. 106.

¹⁸⁴ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, op. cit., s. 70.

¹⁸⁵ S. Baron-Cohen, A.M. Leslie, U. Frith, *Does autistic child have a „theory of mind”?*, „Cognition” 1985, nr 2, s. 37–46.

¹⁸⁶ J. Moor, *Śmiech, zabawa i nauka z dziećmi o profilu autystycznym*, Wydawnictwo Cyklady, Łódź–Warszawa 2006, s. 42.

¹⁸⁷ E. Pisula, *Małe dziecko...*, op. cit., s. 107.

¹⁸⁸ F. Castelli, *Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development*, „Autism” 2005, nr 9 s. 428–449.

trudności sprawia im odczytywanie złożonych emocji, takich jak zazdrość czy wstyd. Zaburzenia te mogą wynikać z faktu, że odczytywanie tych emocji bazuje na umiejętnościach z zakresu teorii umysłu¹⁸⁹ – a więc na odczytywaniu myśli, odczuć drugiej osoby na podstawie kontekstu¹⁹⁰ – która u osób z autyzmem jest upośledzona. Zdaniem niektórych badaczy osoby z autyzmem rozpoznają emocje, ale nie są w stanie zinterpretować czyjegoś zachowania (bez podpowiedzi badacza czy terapeuty nie potrafiły zinterpretować agresywnych min osób na zdjęciach)¹⁹¹. Osoby z ASD mają problemy nie tylko z rozpoznawaniem emocji u innych, lecz także z interpretowaniem i nazywaniem własnych¹⁹² – aktywność mózgu odpowiedzialna za odczytywanie emocji jest u nich znacznie obniżona¹⁹³. Jednakże nowsze badania wskazują, że zdolności osób ze spektrum autyzmu do odczytywania i kategoryzowania emocji w miarę trwania terapii rosną i polepszają się¹⁹⁴. W przypadku emocji warto również przedstawić teorię istotności krajobrazu¹⁹⁵. Zakłada ona, że nieadekwatność reakcji emocjonalnych dotyczy odpowiedzi na bodźce sensoryczne, np. unikanie kontaktu wzrokowego wiąże się z unikaniem sytuacji stresowych. Ta zależność wynika z nieprawidłowości w funkcjonowaniu ciała migdałowatego, które jest odpowiedzialne za świadomą percepcję bodźców z zewnątrz¹⁹⁶.

Wprawdzie w funkcjonowaniu społecznym osób z autyzmem występują widoczne zaburzenia utrudniające prawidłowe relacje, jednak według większości badaczy osoby te mimo wszystko pragną nawiązywać kontakty z innymi. Zaburzona sfera społeczna nie oznacza, że nie potrzebują bliskości. Niestety podstawowy problem to bariera niepozwalająca innym na zrozumienie specyfiki zachowania dzieci ze spektrum autyzmu, zatem trudno cokolwiek wyrokować o ich chęci czy motywacji do nawiązywania relacji lub jej braku. Uta Frith uważa, że dzieci z ASD nawiązują kontakt, tylko ujawnia się on w dość nietypowy sposób¹⁹⁷.

¹⁸⁹ O teorii umysłu więcej w podrozdziale 1.2.2 *Koncepcje poznawcze*.

¹⁹⁰ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 50.

¹⁹¹ S. Begeer, C. Rieffe, M.M. Terwogt, L. Stockmann, *Attention to facial emotion expressions in children with autism*, „Autism” 2006, nr 10, s. 37–51.

¹⁹² A.J. Cotugno, *Terapia grupowa...*, op. cit., s. 96–97.

¹⁹³ G. Silani, G. Bird, R. Brindley, T. Singer, C. Frith, U. Frith, *Levels of emotional awareness and autism: an fMRI study*, „Social Neuroscience” 2008, nr 3, s. 97–112.

¹⁹⁴ S. Kuusikko, H. Haapsamo, E. Jansson-Verkasalo, T. Hurtig, M.L. Mattila, H. Ebeling, K. Jussila, S. Bolte, I. Moilanen, *Emotion recognition in children and adolescents with autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2009, nr 36, s. 938–945.

¹⁹⁵ W. Hirstein, P. Iversen, V.S. Ramachandran, *Autonomic responses of autistic children to people and objects*, „Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences” 2001, nr 268 (1479), s. 1883–1888, podaje za:

A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający...*, op. cit., s. 17.

¹⁹⁶ Ibidem, s. 17.

¹⁹⁷ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 133.

1.3.2 Komunikacja

Trudności społeczne w kontaktach z innymi wiążą się ściśle z obszarem komunikacyjnym osób z autyzmem¹⁹⁸. W zakres komunikacji wchodzi komunikacja werbalna, niewerbalna ekspresja, czyli wyrażanie, oraz rozumienie danych komunikatów¹⁹⁹. W przypadku dzieci z autyzmem dostrzegalne ograniczenia w rozwoju mowy zależne są od takich czynników, jak: stopień nasilenia autyzmu (poziom rozwoju teorii umysłu), poziom intelektualny, wiek, rodzaj interwencji terapeutycznych, czas rozpoczęcia wczesnego wspomagania²⁰⁰. Nieprawidłowości komunikacyjne mogą ujawnić się w okresie niemowlęctwa i charakteryzować się małym zainteresowaniem dźwiękiem i słowem oraz późniejszym (niż u dziecka prawidłowo funkcjonującego) wystąpieniem gaworzenia, które jest także mało ekspresyjne i komunikatywne²⁰¹. Dalsze umiejętności komunikacyjne – prowadzenie dialogu czy świadomość procesu komunikacji – są podstawowym deficytem komunikacyjnym dziecka z ASD. Nie potrafi ono rozpoznawać znaczenia spojrzeń, gestów, dźwięków mowy, tembru głosu, mimiki twarzy, przekazu werbalnego – to elementy, na które nie zwraca uwagi ani nie widzi w nich sensu²⁰². Z tego względu dzieci z autyzmem mają duże trudności w komunikowaniu swoich potrzeb czy żądań. Katarzyna Markiewicz wyszczególniła w rozwoju mowy dziecka z autyzmem deficyty jakościowe i ilościowe oraz deficyty w pragmatycznym użyciu języka (tabela 4), określając możliwość występowania danych zaburzeń (deficyty komunikacyjne są zależne od jednostki, od istnienia współwystępujących zaburzeń, np. zaburzeń mowy).

¹⁹⁸ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 363.

¹⁹⁹ A. E. Reschke-Hernández, *The Autism...*, s. 76–78.

²⁰⁰ E. Minczakiewicz, *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, [w:] *Autyzm: kontrowersje i...*, op. cit., s. 95–96.

²⁰¹ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., 363–364.

²⁰² S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu...*, op. cit., s. 174.

Tabela 4. Podstawowe deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci z autyzmem

Deficyty ilościowe	Deficyty jakościowe	Deficyty w pragmatycznym użyciu języka
Brak mowy <ul style="list-style-type: none"> • z brakiem gestykulacji • z elementarną gestykulacją 	Echolalia <ul style="list-style-type: none"> • natychmiastowa • opóźniona 	Niezdolność do naprzemiennego wysławiania się
Opóźnienia mowy <ul style="list-style-type: none"> • krótkie/miesięczne • długotrwałe/wieloletnie 	Odwracanie zaimków	Brak komunikowania się
Ograniczona mowa <ul style="list-style-type: none"> • tylko łańcuch: bodziec–reakcja • bardziej zaawansowane, lecz ograniczone posługiwanie się mową 	Neologizmy	Brak komunikowania się z rówieśnikami
	Metaforyczne używanie języka	Niezdolność do symbolicznego używania przedmiotów
	Nieodpowiednie uwagi	Słabe wyrażanie prozodii dla wyrażania zamiaru
	Język stereotypowy	Słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo-twarzowych dla metakomunikacji
	Defekty w artykułowaniu	

Źródło: K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, UMCS, Lublin 2004, s. 104.

Pierwszym znaczącym objawem trudności komunikacyjnych jest opóźniony rozwój mowy. W tym obszarze uwidacznia się brak intencji komunikacyjnej, posługiwanie się symbolami (gestami, znakami) oraz przedmiotami symbolizującymi inne obiekty²⁰³. Regres komunikacyjny u dziecka z ASD objawia się zanikiem zdań, stosowaniem pojedynczych słów mających na celu zaspokajanie swoich potrzeb, pojawieniem się echolalii oraz wycofaniem komunikacji niewerbalnej²⁰⁴. Używanie niewielu pojedynczych słów (poniżej pięciu słów w ciągu dnia) to przypadłość, która pojawia się u 20% dzieci ze spektrum autyzmu²⁰⁵ – u pozostałych komunikacja jest opóźniona, a rozwój przebiega wolniej. Według spostrzeżeń B. Winczury mowa dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu jest „monotonna, przerywana, skandowana, mało płynna, przesadnie uroczysta, bezosobowa²⁰⁶” oraz ma nietypową składnię. Mowa może być ograniczona, pełna agramatyzmów, a zdania

²⁰³ I. Noens, I. van Berckelaer-Onnes, *Making sense in a fragmentary world communication in people with autism and learning disability*, „Autism” 2004, nr 8, s. 197–218.

²⁰⁴ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 364.

²⁰⁵ C. Lord, C. Schulman, P. Dilavore, *Regression and word loss in autistic spectrum disorders*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2004, nr 45, s. 936–955.

²⁰⁶ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 364.

formułowane stylem telegraficznym, pozbawione rytmu i melodii²⁰⁷. Wśród innych zaburzeń wypowiedzi wymienia się: przedłużenia sylab, nieprawidłowe akcentowanie, nierówne tempo mówienia, nadmiernie zróżnicowaną skalę głosu, zaburzoną ekspansję oddechową²⁰⁸. U osób z zespołem Aspergera oraz dobrze funkcjonujących intelektualnie pojawiają się skłonności do pedantycznego sposobu mówienia, zbyt precyzyjnego formułowania zdań²⁰⁹. Dla tych osób charakterystyczne jest też to, że mają trudności z rozpoczynaniem rozmowy oraz rozpoznawaniem, kiedy odbiorca traci zainteresowanie²¹⁰. Czasem komunikacja werbalna ma na celu wyrażanie potrzeb i nazywanie obiektów, a nie dzielenie się wrażeniami, doświadczeniami czy informacjami²¹¹.

Innymi deficytami jakościowymi w komunikacji osób z autyzmem są stereotypie językowe²¹², echolalie²¹³ oraz zamiana zaimków osobowych²¹⁴. Wśród echolalii wyróżniamy: echolalię bezpośrednią (następującą po usłyszeniu danego komunikatu); echolalię pośrednią/odroczoną (następującą po pewnym czasie)²¹⁵ oraz echolalię łagodną/ funkcjonalną (mającą postać oddzielnych wyrazów powiązanych z danymi sytuacjami czy wydarzeniami)²¹⁶. Bogusława B. Kaczmarek wyróżnia również echolalię złagodzoną – czyli mowę powstałą z wyuczonych fraz²¹⁷. Według Jacka Błeszyńskiego echolalia jest sposobem na podtrzymanie ciągłości komunikacyjnej, a także przedstawia określone treści, powodując, że osoba echolalizująca bierze udział w interakcji²¹⁸. Echolalia stanowi jeden z etapów rozwoju mowy²¹⁹. Może być komunikacyjna i niekomunikacyjna – komunikacyjna pokazuje, że dziecko skupia się na mowie, eliminując inne bodźce, choć niekoniecznie rozumie dany przekaz²²⁰, ale to z kolei wiąże się ze słabą koherencją centralną²²¹. Kaczmarek podkreśla, że

²⁰⁷ A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający...*, op. cit., s. 14.

²⁰⁸ Ibidem.

²⁰⁹ M. Ghaziuddin, L. Gerstein, *Pedantic speaking style differentiates Asperger syndrome from high functioning-autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1996, nr 32, s. 585–595.

²¹⁰ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 49.

²¹¹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 41.

²¹² E. Pisula, *Małe dziecko...*, op. cit., s. 38.

²¹³ A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający...*, op. cit., s. 14.

²¹⁴ J.J. Błeszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Harmonia Uniwersalis, Gdańsk 2011, s. 65–66.

²¹⁵ J.J. Błeszyński, *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń 2005, s. 63.

²¹⁶ J.J. Błeszyński, *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 102.

²¹⁷ B.B. Kaczmarek, *Nie jak, ale dlaczego? O własnym języku dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 111.

²¹⁸ J.J. Błeszyński, *Czy echolalia w autyzmie...*, op. cit., s. 103.

²¹⁹ Ibidem, s. 107.

²²⁰ B.B. Kaczmarek, *Nie jak, ale...*, op. cit., s. 111.

²²¹ Więcej na temat słabej koherencji centralnej w podrozdziale 1.2 *Przyczyny autyzmu*.

echolalie można traktować jako formy nabywania języka²²² lub stymulacji słuchowych, które mogą podobać się dziecku. Ponadto można je interpretować jako komunikat: „nie rozumiem” (zjawisko intensyfikuje się, gdy dziecko jest zdezorientowane) lub jako próbę zyskania czasu potrzebnego do przetworzenia powtórzonych słów²²³. Typowymi zaburzeniami komunikacyjnymi u osób z autyzmem są również wspomniane już nieprawidłowe użycie zaimków (zwłaszcza zaimka „ja”)²²⁴, neologizmy²²⁵ (tworzenie nowych słów), trudności z używaniem słowa „tak” (w celu potwierdzenia często powtarzają podane im wcześniej zdanie), powtarzające się pytania oraz oczekiwania tego samego scenariusza werbalnego²²⁶. U niektórych osób z autyzmem pojawia się również hyperleksja (umiejętność czytania tekstu, jednak bez jego zrozumienia²²⁷) oraz mutylacje językowe (skręcanie wypowiedzianych słów, charakterystyczne dla małych dzieci²²⁸). Dodatkowo osoby z autyzmem posiadają nierównomierny zasób słownictwa – zasób ten jest zwykle większy w obszarach, które interesują daną jednostkę, i znacznie mniejszy w innych dziedzinach, np. odnoszących się do codziennych aktywności²²⁹. Trudności w komunikacji werbalnej mogą wynikać z występowania mniejszej asymetrii funkcjonalnej mózgu, co przekłada się na brak odpowiedniego współdziałania półkul dzięki spoidłom mózgu²³⁰. Wykazano, że odbiór mowy u osób z autyzmem odbywa się w tylnej części płata ciemieniowego – tutaj też aktywność mózgu jest większa. Aktywność ta jest natomiast znacznie mniejsza w obszarze czołowym, gdzie znajduje się kora przedruchowa, ośrodek Broki odpowiedzialny za rozumienie mowy, przetwarzanie informacji oraz za produkcję mowy czy łączenie mowy z gestykulacją²³¹. Nieprawidłowości w porozumiewaniu się mogą wiązać się z zaburzeniami w planowaniu sensomotorycznym, przetwarzaniu bodźców wzrokowych, słuchowych czy dotykowych oraz integracji sensorycznej²³².

Zaobserwowane u osób z autyzmem deficyty w komunikacji przedwerbalnej i niewerbalnej²³³ polegają przede wszystkim na zaburzonej komunikacji ekspresywnej

²²² B.B. Kaczmarek, *Nie jak, ale...*, op. cit., s. 111.

²²³ Ibidem, s.112-113.

²²⁴ J.J. Błęszyński, *Rodzina jako środowisko...*, op. cit., s. 63–64.

²²⁵ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 52.

²²⁶ B.B. Kaczmarek, *Nie jak, ale...*, op. cit., s. 112–113.

²²⁷ Ibidem, s. 110.

²²⁸ E. Minczakiewicz, *Śpiew i muzyka w rozwijaniu aktywności komunikacyjnej u dzieci z diagnozą autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 137.

²²⁹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 42.

²³⁰ A. Lindell, K. Notice, K. Withers, *Reduced language processing asymmetry in non-autistic individuals with high levels of autism traits*, „Laterality” 2009, nr 14, s. 457–472.

²³¹ R. Wujcik, A. Porzycka, A. Witusik, T. Pietras, *Neurorozwojowa hipoteza...*, op. cit., s. 50.

²³² S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem...*, op. cit., s. 91.

²³³ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 51.

(produkcja słowna, tworzenie komunikatów niewerbalnych mających na celu wyrażanie swoich stanów wewnętrznych) i impresywnej (rozumienie oraz interpretowanie gestów, intonacji głosu, melodii, rytmu, mimiki twarzy czy postawy ciała)²³⁴. Do powszechnych komponentów zaburzeń komunikacji niewerbalnej u małych dzieci z ASD należą: brak ekspresji niewerbalnej, np. brak spojrzenia kierowanego do innych, brak naprzemiennej wokalizacji czy reakcji na głos matki, brak odpowiedzi na wołanie po imieniu, opóźniony repertuar gaworzenia (po 9 miesiącu życia), mały repertuar gestów²³⁵. U starszych dzieci trudności dotyczą uczestniczenia w rozmowie, odpowiedniego jej podtrzymywania oraz wykorzystania omawianych treści w sytuacji społecznej²³⁶. Komunikacja niewerbalna stanowi ważny dodatek do komunikacji werbalnej, gdyż określa kontekst komunikatu werbalnego. Problemy, z którymi borykają się w tym obszarze osoby ze spektrum autyzmu, to przede wszystkim trudności w tworzeniu gestów wyrażających emocje, zaburzony kontakt wzrokowy, nieadekwatność mimiki do intonacji oraz nieumiejętność wiązania gestu z mową²³⁷.

Stanley I. Greenspan i Serena Wieder podkreślają, że pierwszą formą komunikacji, w której można dostrzec zaburzenia ze spektrum autyzmu, jest komunikacja przedwerbalna²³⁸ obejmująca wskazywanie w celu realizacji określonej potrzeby oraz pokazywanie i dawanie przedmiotów innym w celu dzielenia się z nimi tym przedmiotem lub doświadczeniem²³⁹ (jest to ściśle związane ze wspólnym polem uwagi).

Przedwerbalna forma komunikacji to przede wszystkim opanowanie gestów. Ma to duże znaczenie dla dalszych etapów rozwoju komunikacji, funkcji poznawczych i inteligencji²⁴⁰. Jak piszą specjaliści (S. Greenspan, S. Wieder 2014 oraz S. Rogers, G. Dawson i L. Vismara 2015), na początku najważniejsze jest zachęcenie dziecka do komunikacji przez intencjonalność – wykorzystując to, co dziecko lubi, i dostosowując się do jego zainteresowań czy preferencji, można w nim wywołać intencję i motywację do komunikacji oraz chęć dzielenia się z drugą osobą²⁴¹. Aktywność rodzica czy terapeuty powinna opierać się na prostych strategiach przybierających formy zabawy. Tymi strategiami są: aktywne słuchanie (obserwowanie i krótkie komentowanie działań dziecka), tworzenie narracji (krótkie opisywanie wspólnej zabawy, przyłączanie się do zabawy dziecka

²³⁴ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 365.

²³⁵ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 48.

²³⁶ B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 365.

²³⁷ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 51.

²³⁸ S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem...*, op. cit., s. 88.

²³⁹ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 51.

²⁴⁰ S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem...*, op. cit., s. 89–90.

²⁴¹ Ibidem, s. 93.

i dostrajanie się do niej), pomaganie w zabawie oraz naśladowanie (powtarzanie jego działań czy aktywności)²⁴². Dzięki takim działaniom dziecko rozwija świadomość naprzemienności ról i celowości komunikacji, ukonstytuuje swoją przestrzeń komunikacyjną oraz odkryje przyjemność zabawy z drugą osobą²⁴³.

Inną pomocną strategią jest wprowadzanie wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się (*Augmentative and Alternative Communication* – AAC)²⁴⁴. Jest to grupa zróżnicowanych metod umożliwiających komunikację (przekaz i odbiór komunikatów) przy deficytach mowy werbalnej. Metody te wspomagają mowę werbalną za pomocą symboli graficznych, tablic lub książek komunikacyjnych, nośników elektronicznych, słów pisanych (komunikacja wspomagająca lub wspomagana) lub zastępują mowę werbalną znakami manualnymi, gestami, ekspresją (komunikacja niewspomagana, w której komunikat tworzony jest przez ciało użytkownika)²⁴⁵. Jak podkreśla Kaczmarek, wprowadzenie komunikacji alternatywnej i wspomagającej może usprawnić funkcjonowanie społeczno-komunikacyjne dzieci z ASD²⁴⁶, ponieważ:

- ułatwiają relację osób ze spektrum autyzmu z innymi – rodzicami, opiekunami, rówieśnikami;
- dzięki stosowaniu np. systemów wizualnych osoby z autyzmem mogą lepiej zrozumieć otaczający świat – działania dnia codziennego, schematy funkcjonowania społecznego oraz zmiany zachodzące pod wpływem różnych zdarzeń;
- dzięki temu osoby te mają możliwość kontrolowania świata oraz rozwijania poczucia sprawstwa w trakcie podejmowania decyzji czy wyrażania swoich potrzeb;
- zwiększy się dostęp osób z autyzmem do wielu trudno dla nich dostępnych obszarów życia – w przedszkolu, szkole i w innych miejscach wymagających komunikacji;
- wraz z rozwojem umiejętności komunikacyjnych znacznie wzrosną zdolności poznawcze tych osób;
- metody AAC mogą wpływać na wzrost poczucia własnej wartości osób z ASD, tym samym podnosząc jakość ich życia²⁴⁷.

²⁴² S.J. Rogers, G. Dawson, L.A. Vismara, *Metoda wczesnego startu...*, op. cit., s. 113.

²⁴³ Ibidem, s.143.

²⁴⁴ B.B. Kaczmarek, *Wstęp*, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s. 11.

²⁴⁵ B.B. Kaczmarek, *Obraz narzędziem komunikacji...*, op. cit., s. 148.

²⁴⁶ B.B. Kaczmarek, *Wstęp*, op. cit., s. 14.

²⁴⁷ J.M. Cafiero, *Meaningful exchanges for people with autism: An introduction to augmentative and alternative communication*, Woodbine House, Bethesda 2005, podaję za: B.B. Kaczmarek, *Wstęp*, op. cit., s. 14; więcej informacji na temat terapii wspomagających rozwój dziecka z autyzmem w podrozdziale 1.4 *Wczesne wykrywanie autyzmu i wczesne wspomaganie rozwoju oraz stosowane terapie*.

1.3.3 Działania stereotypowe, ograniczone wzorce zachowania, zaburzenia integracji sensorycznej oraz inne towarzyszące zaburzenia

Działania stereotypowe są bardzo zróżnicowane, mogą przybierać urozmaicone formy oraz ujawniać się w różnym czasie²⁴⁸. Stereotypie, potrzeba zachowania identyczności, schematyzm czy obsesyjne przywiązanie do struktury wynikają z braku umiejętności adaptacji do środowiska, zauważania zmian i ich analizowania, co jest podstawą dostrzegania i interpretowania rzeczywistości²⁴⁹. Takie swoiste odseparowanie osób z autyzmem od rzeczywistości rodzi poczucie obcości, a co za tym idzie – lęk lub aktywny protest w postaci stereotypii czy manieryzmów. Dla dziecka z ASD stosunkowo przewidywalnym i bezpiecznym światem jest przyroda nieożywiona – ze względu na pewną strukturę i powtarzalność mniej zmienna i stresująca, a przez to bardziej przyjazna²⁵⁰.

Działania stereotypowe mogą się pojawić w sytuacji podekscytowania, napięcia czy nadmiaru stymulacji²⁵¹. Przybierają różne formy, np. klaskania, pocierania, drapania, gryzienia, gwałtownego kiwania się. Elaine E. Reschke-Hernández do zachowań stereotypowych lub stymulacji u dzieci z autyzmem zalicza: stymulacje słuchowe, węchowe, wizualne, dotykowe, ruchowe, poruszanie przedmiotami, nadmierne organizowanie, stymulacje seksualne czy samookaleczające²⁵². Autostymulacje (wahadłowe kiwanie się czy podskakiwanie w miejscu²⁵³) mogą mieć działanie uspokajające, tonizujące autonomiczny układ nerwowy²⁵⁴. Autoagresja i samookaleczenia mogą być wywołane przez frustrację spowodowaną nieskutecznymi próbami porozumienia się, duży poziom lęku, ale i znudzenie, brak snu bądź ból²⁵⁵. W opinii Carla Delacato ruchy stereotypowe są wyrazem dążenia dziecka do samowyleczenia, unormowania wadliwie działających kanałów percepcji, ale jednocześnie osłabiają kontakt społeczny dziecka z otoczeniem²⁵⁶. Wirowanie w miejscu, obroty, obracanie przedmiotów, rzucanie nimi, rozlewanie płynów, obalanie się czy masturbacja to niektóre z form aktywności, które mają zapełnić pustkę doznaniową dziecka z autyzmem²⁵⁷. Takie rutynowe zachowania, obszary uporczywego zainteresowania czy schematy ruchów przeważnie występują u małych dzieci z autyzmem (powyżej 4 roku

²⁴⁸ E. Pisula, *Małe dziecko...*, op. cit., s. 39.

²⁴⁹ A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający...*, op. cit., s. 14–15.

²⁵⁰ Ibidem, s. 15.

²⁵¹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 44.

²⁵² A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental...*, op. cit., s. 76–78.

²⁵³ H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty...*, op. cit., s. 33–37.

²⁵⁴ A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwający...*, op. cit., s. 19.

²⁵⁵ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 51.

²⁵⁶ C.H. Delacato, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa 1995, s. 90–91.

²⁵⁷ H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty...*, op. cit., s. 37.

życia)²⁵⁸. Dzieci starsze (7–11 lat), będąc na wyższym poziomie intelektualnym, powtarzają bardziej złożone czynności i aktywności²⁵⁹. Ograniczony repertuar zachowań związany jest z poziomem umysłowym jednostki – dzieci wykazujące niższy poziom funkcjonowania częściej powtarzają/dostarczają sobie nowych wzorców sensorycznych, co objawia się specyficzną zabawą (przy czym – jak podkreśla Pisula – nasilenie się zachowań stereotypowych może być również związane z nieprawidłowym rozwojem intelektualnym, niekoniecznie wskazywać na zaburzenia ze spektrum autyzmu)²⁶⁰. Warto też podkreślić, że nadmierne zainteresowania jednostki mogą mieć pozytywny wpływ na jej rozwój. Zainteresowania są nierozdzielnie związane z determinacją (motywacją i chęcią poznawania) oraz rozwojem wysokich możliwości intelektualnych, co warunkuje budowanie oraz uświadamianie sobie przez jednostkę mocnych stron, a to z kolei kształtuje pozytywny obraz siebie²⁶¹. Pisula podkreśla, że można podejmować próby ograniczania sztywności zachowań u dzieci z ASD poprzez zapewnianie im zróżnicowanych form aktywności, rozwijanie nowych zainteresowań, ale jednocześnie należy dbać o zaspokojenie ich indywidualnych potrzeb, zmniejszenie lęku przed nowymi sytuacjami poprzez stworzenie dziecku odpowiednich warunków, w których może przewidywać i kontrolować wydarzenia oraz dostarczenie mu okazji do realizowania potrzeby ruchu, która reguluje pobudzenie i umożliwia odreagowanie napięcia²⁶².

Przyczyną uporczywych zachowań i aktywności mogą być zaburzenia funkcji wykonawczych²⁶³ odpowiedzialnych za planowanie działania, jego inicjowanie i kontrolowanie, koncentrację na zadaniu, przenoszenie uwagi, monitorowanie poziomu wykonywania²⁶⁴. Zachowania te mogą też być pochodną zaburzeń sensorycznych lub zaburzeń integracji sensorycznej²⁶⁵. Nie stwierdzono, czy zaburzenia te występują tylko w przypadku osób ze spektrum autyzmu. Badacze sądzą, że u osób z autyzmem raczej nie

²⁵⁸ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 43.

²⁵⁹ K.S. Lam, J.W. Bodfish, J. Piven, *Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2008, nr 49, s. 1193–1200.

²⁶⁰ E. Pisula, *Małe dziecko...*, op. cit., s. 43.

²⁶¹ C. Mercier, L. Mottron, S. Belleville, *A psychosocial study on restricted interests in high-functioning persons with pervasive developmental disorders*, „Autism” 2000, nr 4, s. 406–425.

²⁶² E. Pisula, *Małe dziecko...*, op. cit., s. 43–44.

²⁶³ Więcej na temat funkcji wykonawczych w podrozdziale 1.2.2 *Koncepcje poznawcze*.

²⁶⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 90.

²⁶⁵ Integracja sensoryczna – proces neurologiczny, który koordynuje proces odbioru informacji i organizowanie reakcji, czyli zdolność do integrowania funkcji percepcyjnych i motorycznych. Proces ten jest odpowiedzialny za rozpoznawanie sygnałów płynących od zmysłów, ich segregację, interpretację i integrację w celu przygotowania przez mózg odpowiedniej reakcji ruchowej. Twórcą terminu jest dr Jean Ayres, zob. M. Bogdanowicz, *Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria, diagnoza, terapia*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2000, s. 14.

dostrzega się zaburzeń sensorycznych, a obniżoną wrażliwość na bodźce społeczne²⁶⁶, o czym świadczą wypowiedzi samych osób z autyzmem (Temple Grandin, Richard Panek²⁶⁷, Donna Williams²⁶⁸) oraz przeprowadzone badania (Jodi Robledo, Anne M. Donnellan i inni²⁶⁹ oraz A.M. Donnellan, David A. Hill²⁷⁰). Wspomniane zaburzenia przybierają formę niedowrażliwości sensorycznej (*hyposensitivity*) i/lub nadwrażliwości (*hypersensitivity*)²⁷¹. Niektórzy badacze zaobserwowali, że z biegiem dorastania osób z ASD natężenie zaburzeń sensorycznych maleje²⁷². Inni stwierdzili, że natężenie to albo się nie zmienia, albo wręcz ulega wzmocnieniu²⁷³. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń wyraźnie zaznaczają się różnice indywidualne – u jednych osób symptomy zaburzeń sensorycznych pojawiały się rzadko, u drugich występowały często i były bardzo nasilone²⁷⁴. Pewna grupa dzieci wykazywała zaburzenia mieszane, czyli stopień nadwrażliwości lub niedowrażliwości był wysoki, ale częstość stymulacji była niska²⁷⁵.

Do najczęstszych zaburzeń sensorycznych zalicza się zaburzenia przetwarzania słuchowego, wzrokowego, dotykowego czy oralnego²⁷⁶, a ponadto: nadwrażliwość na dotyk, światło, dźwięk, ruch, smaki, zapachy, rozpraszanie uwagi i związany z tym niski lub wysoki poziom aktywności, częste wycofywanie się, impulsywność, niską samokontrolę ruchową i emocjonalną oraz zaburzenia motoryczne (słaba koordynacja, zahamowana prąksja odpowiedzialna za planowanie ruchu, niezgrabność)²⁷⁷. Opisując każdy zmysł dziecka z autyzmem (wzrok, słuch, dotyk, wrażliwość skóry, czucie głębokie, smak, napięcie mięśniowe), Hanna Olechnowicz dostrzega u osób z autyzmem zróżnicowane formy stymulacji bodźcami w przypadku niedowrażliwości lub metody uciekania od świata

²⁶⁶ L.R. Watson, G.T. Baranek, E.R. Crais, *The First Year Inventory: Retrospective parent responses to a questionnaire designed to identify one-year-olds at risk for autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2010, nr 37, s. 49–61.

²⁶⁷ T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny...*, op. cit.

²⁶⁸ D. Williams, *Nikt nigdzie. Niezwykła autobiografia autystycznej dziewczyny*, op. cit.

²⁶⁹ J. Robledo, A.M. Donnellan, K. Strandt-Conroy, *An exploration of sensory and movement differences from the perspective of individuals with autism*, „Frontiers in Integrative Neurosciences” 2012, nr 107 (6), s. 1–13.

²⁷⁰ A.M. Donnellan, D.A. Hill, *Rethinking autism: implications of sensory and movement differences for understanding and support*, „Frontiers in Integrative Neurosciences” 2013, nr 124 (6), s. 1–11.

²⁷¹ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 208–209.

²⁷² P.P. Cheung, A.M. Siu, *A comparison of patterns of sensory processing in children with and without developmental disabilities*, „Research in Developmental Disabilities” 2009, nr 30, s. 1468–1480.

²⁷³ L. Crane, L. Goddard, L. Pring, *Sensory processing in adults with autism spectrum disorders*, „Autism” 2009, nr 13, s. 184–190.

²⁷⁴ E. Pisula, *Autyzm, Od badań...*, op. cit., s. 48.

²⁷⁵ Ibidem.

²⁷⁶ J.K. Kern, M.H. Triverdi, B.D. Grannemann, C.R. Garver, D.G. Johnson, A.A. Andrews, J.S. Savla, J.A. Mehta, J.L. Schroeder, *The pattern of sensory processing abnormalities in autism*, „Autism” 2006, nr 10, s. 480–494.

²⁷⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 51–52.

zewnątrznego²⁷⁸. Lucyna Bobkowicz-Lewartowska opisała zachowania dzieci z autyzmem przy nadwrażliwości i zbyt małej wrażliwości pięciu najważniejszych zmysłów: dotyku, słuchu, wzroku, smaku i węchu²⁷⁹. Ich zestawienie prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Zaburzenia percepcji dzieci ze spektrum autyzmu

Dotyk	Nadwrażliwość	Negatywna reakcja na dotyk, ubrania, zmiany temperatur; nie toleruje doznań bólowych; unika wrażeń dotykowych; preferuje własny dotyk; dotyka rzeczy zewnętrzną częścią dłoni; zahamowanie aktywności dłoni, palców i warg, co powoduje brak rozwoju pojęciowego ²⁸⁰ ; nie toleruje dotykania włosów; lekki dotyk może powodować silną reakcję; niechętnie bawi się w piasku, unika lepienia, malowania ²⁸¹ .
	Zbyt mała wrażliwość	Brak reakcji na doznania bólowe, nieadekwatność emocji względem bólu; autoagresja; silna stymulacja wobec braku bodźców – pocieranie, szorowanie, objanie; ból może powodować słabą reakcję lub jej brak ²⁸² .
Słuch	Nadwrażliwość	Zatyka uszy, ignoruje dźwięki, słyszy wybiórcze dźwięki, których inni nie rejestrują; toleruje głośne dźwięki wydawane przez siebie; odczuwa lęk przed niezrozumiałymi

²⁷⁸ H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty...*, op. cit., s. 10.

²⁷⁹ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 144–145.

²⁸⁰ H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty...*, op. cit., s. 20–21.

²⁸¹ A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm – epidemiologia...*, op. cit., s. 202.

²⁸² H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty...*, op. cit., s. 26–27.

		dźwiękami; głuchota korowa – słyszenie dźwięków atawistycznych (głosy zwierząt czy odgłosy fizjologiczne); lepsza reakcja na szept niż na głośny głos ²⁸³ .
	Zbyt mała wrażliwość	Lubi hałasy, często je tworzy, lubi w nich uczestniczyć.
Wzrok	Nadwrażliwość	Ogląda małe przedmioty; unika jaskrawych kolorów czy błyszczących faktur; może unikać oglądania twarzy ludzkiej ze względu na jej bardzo dużą zmienność ²⁸⁴ .
	Zbyt mała wrażliwość	Wpatruje się w światło (nawet ostre czy rażące); bawi się dłońmi czy przedmiotami, które mają błyszczące i mieniące się faktury.
Smak i węch	Nadwrażliwość	Nie toleruje zapachów; je tylko wybrane potrawy (uporczywe upodobania kulinarne); reakcje na smak łączą się z wyglądem potraw.
	Zbyt mała wrażliwość	Poszukuje silnych doznań zapachowych; zjada niejadalne substancje ²⁸⁵ .

Źródło: L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2011, s. 144–145; H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu...*, op. cit., s. 15–28; A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 202.

Oprócz samych zmysłów według Jane Ayres na uwagę zasługują również ich trzy podstawowe układy: układ dotykowy, układ proprioceptywny (czucia głębokiego) oraz układ

²⁸³ Ibidem, s. 15.

²⁸⁴ Ibidem, s. 11.

²⁸⁵ Ibidem, s. 28.

przedsionkowy (westybularny)²⁸⁶. Nadwrażliwość i niedowrażliwość pierwszego układu ujęto w tabeli 5 (w rubryce *Dotyk*), natomiast dwóch pozostałych w tabeli 6.

Tabela 6. Rodzaje zaburzeń sensorycznych u osób z autyzmem

Układ proprioceptywny (czucia głębokiego)	Nadwrażliwość	Nie obserwuje się takich zaburzeń.
	Niedowrażliwość	Niekontrolowane, mimowolne ruchy; chęć mocnego odczuwania przedmiotów; duża potrzeba przyciskania, mocnego uścisku; uporczywe podskakiwanie, które często jest nieumiejętne.
Układ przedsionkowy (westybularny)	Nadwrażliwość	Brak tolerancji ruchów obrotowych głowy, niepewność grawitacyjna, lęk przed huśtaniem, objawy somatyczne.
	Niedowrażliwość	Nadmierna aktywność ruchowa, trudności z uwagą.

Źródło: A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 202.

Niektóre osoby z autyzmem są meteropatami, stąd duże znaczenie może mieć także odczuwanie ciepła i zimna, zmian temperatur i ciśnienia²⁸⁷. Zaburzenia sensoryczne często wiążą się z nieprawidłowym napięciem mięśniowym (nadmierną wiotkością czy sztywnością). Wahanie napięcia utrudniają chód, bieganie, powodują trudności manipulacyjne w obrębie motoryki małej. Skrajna wiotkość lub wzmożone napięcie mięśniowe zniekształcają obraz schematu własnego ciała, przedmiotów i innych osób – w efekcie osoby ze spektrum autyzmu nie mają świadomości swojego ciała czy przestrzeni²⁸⁸. Z napięciem mięśniowym łączą się problemy z koordynacją, przez co dziecko ma słabe poczucie równowagi i może wydawać się niezdarne, usztywnione bądź pokraczne²⁸⁹. O niedowrażliwości oraz nadwrażliwości zmysłów: wzroku, słuchu, węchu, smaku, czucia

²⁸⁶ A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 202.

²⁸⁷ H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty...*, op. cit., s. 28.

²⁸⁸ Ibidem, s. 29–32.

²⁸⁹ J. Koomar, C. Kranowitz, S. Szklut, L. Balzer-Martin, E. Haber, D.I. Sava, *Integracja sensoryczna. Odpowiedzi na pytania zadawane przez nauczycieli*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2014, s. 7.

głębokiego, czucia powierzchniowego, równowagi pisała również Joanna Ławicka w książce *Nie jestem kosmitą. Mam zespół Aspergera*, podkreślając znaczenie obserwacji dziecka i wiedzy na temat sensoryzmów, czyli „działań pozwalających zwiększyć lub ograniczyć dopływ bodźców”²⁹⁰.

Zaburzenia integracji sensorycznej są bardzo rozpowszechnione i dotyczą nie tylko dzieci z autyzmem, stąd przeważnie uznaje się je za zaburzenia wchodzące w skład autyzmu lub mu towarzyszące. U dzieci z autyzmem często są wykrywane również inne **towarzyszące zaburzenia**. Możemy do nich zaliczyć:

- deficyt uwagi;
- zaburzenia językowe;
- niepełnosprawność intelektualną²⁹¹;
- zaburzenia trawienne;
- zaburzenia immunologiczne;
- epilepsję²⁹² (cierpi na nią 20–33% osób z autyzmem; jest częstsza u osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz u dziewcząt);
- zaburzenia snu;
- depresję;
- zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju u dobrze funkcjonujących osób ze spektrum autyzmu;
- ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)²⁹³;
- zaburzenia obsesyjne i kompulsywne;
- agresję i autoagresję²⁹⁴.

W autyzmie nie występują cechy dysmorficzne (w przeciwieństwie do wtórnego ASD z chorobami towarzyszącymi, np. zespołem łamliwego chromosomu X, stwardnieniem guzowatym, płodowym zespołem alkoholowym, zespołem Angelmana i innymi)²⁹⁵. Zauważono natomiast, że objawy autyzmu często pokrywają się z objawami innych schorzeń,

²⁹⁰ J. Ławicka, *Nie jestem kosmitą. Mam zespół Aspergera*, Fundacja Prodeste, Opole 2016, s. 32.

²⁹¹ K. Bobińska, P. Gałęcki, A. Florkowski, *Autyzm a upośledzenie umysłowe. Zaburzenia psychiczne w autyzmie*, [w:] *Autyzm – epidemiologia...*, op. cit., s. 75–86.

²⁹² J. Wendorff, *Autyzm a padaczka*, [w:] *Autyzm – epidemiologia...*, op. cit., s. 87–89.

²⁹³ Według najnowszych kryteriów diagnostycznych DSM-V ADHD nie funkcjonuje jako zaburzenie rozwojowe. Zaburzenie, które widnieje w spisie podręcznika, jest zdefiniowane jako zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywności, zob. APA, *Kryteria diagnostyczne...*, op. cit., s. 28.

²⁹⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 50.

²⁹⁵ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 36.

tworząc tzw. zaburzenia łączone²⁹⁶. Tak jest w przypadku schizofrenii²⁹⁷, której symptomy nierzadko pojawiały się u osób z wcześniej rozpoznany autyzmem. Jednak w badaniach wykazano, że u zdiagnozowanych schizofreników prócz objawów negatywnych przypominających cechy autystyczne, występują także objawy pozytywne (słyszenie głosów, halucynacje i urojenia)²⁹⁸. Innymi zaburzeniami łączonymi są np. autyzm z dysgrafią, dysleksją, dyspraksją czy zespołem Tourette’a²⁹⁹.

Współwystępująca z autyzmem niepełnosprawność intelektualna znacznie utrudnia trafny pomiar zdolności intelektualnych oraz ich ocenę. Diagnoza jest skomplikowana zarówno ze względu na same osoby badane, jak i z powodu niedostosowania testów pomiarowych do specyfiki osób z autyzmem. Szacuje się, że aż 75% osób z zaburzeniami autystycznymi to osoby niepełnosprawne intelektualnie.

Pomiar sprawności intelektualnej jest przeprowadzany przy użyciu testu inteligencji autorstwa Davida Wechslera. Są dwa stanowiska badawcze dotyczące ilorazu inteligencji u osób z autyzmem – według jednego iloraz ten utrzymuje się na tym samym poziomie przez całe życie i wskazuje, jakie są możliwości uczenia się³⁰⁰, drugie dowodzi, że wprowadzenie wczesnego wspomaganie powoduje wzrost ilorazu inteligencji³⁰¹. Stworzony profil zdolności intelektualnych (osób w granicach normy intelektualnej badanych za pomocą testu Wechslera) wykazał, że osoby z autyzmem uzyskały:

- niższe wyniki w skali werbalnej niż niewerbalnej;
- wyższe wyniki w zadaniach opartych na rozwiązywaniu problemów abstrakcyjnych niż w zadaniach wymagających rozumienia sytuacji społecznych oraz logicznego rozumowania;
- wyższe wyniki w testach mierzących zdolności wzrokowo-przestrzenne niż w testach rozumienia sytuacji społecznych³⁰².

²⁹⁶ L.M. Kutscher, T. Attwood, R.R. Wolff, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2007, podają za: B. Płażewska, *Dylematy diagnostyczne związane z występowaniem symptomów zaburzeń łączonych. Historia dwóch, małych chłopców – długa podróż przez nieznaną*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 168–169.

²⁹⁷ A. Czapiga, *Model rozwoju w autyzmie i zaburzenia współwystępujące z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy...*, op. cit., s. 161.

²⁹⁸ U. Frith, *Autyzm, Wyjaśnienie...*, op. cit., s. 95–96.

²⁹⁹ B. Płażewska, *Dylematy diagnostyczne...*, op. cit., s. 168.

³⁰⁰ A. Bailey, W. Phillips, M. Rutter, *Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1996, nr 37, s. 89–126.

³⁰¹ P. Howlin, I. Magiati, T. Charman, *Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism*, „American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities” 2009, nr 114, s. 23–41.

³⁰² E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 104.

Oczywiście w profilu zdolności intelektualnych zarówno osób z zespołem Aspergera, jak i dobrze funkcjonujących intelektualnie osób z autyzmem zaznaczają się różnice indywidualne. Wykazano ponadto, że istnieje związek między profilem zdolności intelektualnych a poziomem rozwoju w zakresie teorii umysłu (w teście inteligencji zależność ta ujawniła się między poziomem teorii umysłu a rozumieniem sytuacji społecznych)³⁰³.

Ważnym obszarem dla profilu umiejętności osób z autyzmem są tzw. zdolności wysepkowe (*islands of ability*)³⁰⁴ lub inteligencje wysepkowe³⁰⁵. Tym terminem określa się wąski zakres zainteresowań oraz szczególnych zdolności: percepcyjnych, arytmetycznych, plastycznych, muzycznych, pamięciowych czy ogólnych (wysoka inteligencja)³⁰⁶. Innym terminem na określenie wybitnych zdolności osób z autyzmem jest „sawant” – odnosi się do osób, które przejawiają uzdolnienia w konkretnej dziedzinie oraz cechują się ponadprzeciętną inteligencją ogólną³⁰⁷. Do najczęstszych tego typu uzdolnień zalicza się: nadzwyczajną pamięć ejdetyczną³⁰⁸, szybkie dokonywanie obliczeń w pamięci, pamięć słuchową, twórczość plastyczną i muzyczną, uzdolnienia techniczne, orientację przestrzenną, zdolność koordynacji i równowagi oraz nadzwyczajną wrażliwość zmysłów³⁰⁹. Takie zdolności wykazuje około 10% osób ze spektrum autyzmu, w tym 1% stanowią osoby o nadzwyczajnych uzdolnieniach połączonych z wysokim ilorazem inteligencji³¹⁰.

1.4 Wczesne wykrywanie autyzmu i wczesne wspomaganie rozwoju oraz stosowane terapie

1.4.1 Wczesne wykrywanie i wczesne wspomaganie

Wczesne wykrywanie zaburzeń oraz wczesne wspomaganie to obszary niezwykle istotne dla procesu terapeutycznego, edukacyjnego, a także funkcjonowania rodzinnego i społecznego dziecka ze spektrum autyzmu. Wczesne wykrycie symptomów autyzmu oraz

³⁰³ F.G. Happe, *The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism*, „Child Development” 1995, nr 66, s. 843–855, podaję za: E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 106.

³⁰⁴ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 105.

³⁰⁵ S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, op. cit., s. 57.

³⁰⁶ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 105–106.

³⁰⁷ A. Zamkowska, *Osoby zdolne z niepełnosprawnością wyzwaniem dla pedagogiki specjalnej*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2013, nr 2 (20), s. 27–45.

³⁰⁸ Pamięć ejdetyczna (pamięć fotograficzna) to „zdolność odtwarzania złożonych obrazów, dźwięków i innych obiektów z bardzo dużą dokładnością” – za: A. Zamkowska, *Osoby zdolne z niepełnosprawnością...*, op. cit., s. 27–45.

³⁰⁹ Ibidem.

³¹⁰ A. Zamkowska, *Osoby zdolne z niepełnosprawnością...*, op. cit., s. 27–45.

wstępna diagnoza to początek drogi terapeutycznej. Badania w ramach wczesnego rozpoznawania powinny obejmować badanie możliwości emocjonalnych, społecznych, intelektualnych, motorycznych i sensorycznych niemowlęcia³¹¹. Wystąpienie niepokojących objawów sygnalizuje konieczność interwencji i odpowiedniego wspomagania. Jak pisze Beata Cytowska, idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju zakłada wyspecjalizowaną interdyscyplinarną pomoc, dobrze zorganizowaną i długofalową, którą rozpoczyna się możliwie jak najwcześniej³¹², przy czym przez skoordynowaną i interdyscyplinarną pomoc rozumie się wspólne i spójne oddziaływanie medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne (wczesna interwencja) oraz rewalidacyjno-wychowawcze (wczesne wspomaganie)³¹³. Wspomniana pomoc czy interwencja powinna być zindywidualizowana i dostosowana do potrzeb każdego dziecka (aby jak najbardziej poprawić jego funkcjonowanie w różnych obszarach), opierać się na metodach leczenia czy terapii o naukowo dowiedzionej skuteczności i obejmować swoim zasięgiem rodziców dziecka³¹⁴. Formy pomocy rodzinie uwzględnione w programie rządowym obejmują: wsparcie psychiczne, informację, poradnictwo, organizowanie warsztatów lub seminariów tematycznych, umożliwienie kontaktów z innymi rodzicami, wypożyczanie specjalistycznego sprzętu, zabawek, pomocy rehabilitacyjnych oraz wprowadzanie innych działań zmierzających do wspierania rodziców i opiekunów³¹⁵.

Wczesne wykrywanie zaburzeń ze spektrum autyzmu zakłada śledzenie symptomów zaburzenia już w pierwszym roku życia dziecka. Symptomy te zaprezentowano w tabeli 7 w zestawieniu z cechami rozwojowymi dzieci neurotypowych.

Tabela 7. Objawy ASD u niemowląt i małych dzieci

Okres rozwojowy (w miesiącach)	Rozwój u dzieci neurotypowych	Wczesne oznaki ASD
0–3	Zainteresowanie i reagowanie na bodźce wzrokowe, słuchowe, dotykowe, ruchowe i inne doznania sensoryczne	Brak zwracania uwagi na różne bodźce wzrokowe i słuchowe (autostymulacje)

³¹¹ S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem...*, op. cit., s. 45.

³¹² B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków 2014, s. 15.

³¹³ Ibidem, s. 17.

³¹⁴ *Division of Behavioral and Social Science and Education*, C. Lord, J.P. McGee (red.), National Academy Press, Washington 2001.

³¹⁵ B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji...*, op. cit., s. 18.

2–5	Okazywanie bliskości i przywiązania – uśmiech, kontakt wzrokowy (inicjowany i utrzymujący się przez dłuższy czas)	Brak kontaktu, przelotne okazywanie radości zamiast dynamicznego, długotrwałego kontaktu (skupienie się na sobie)
4–10	Naprzemienne interakcje nacechowane uczuciowo, związane z wydawaniem dźwięków, wykonywaniem ruchów	Brak interakcji lub krótkie naprzemienne interakcje bez większej inicjatywy (zachowania przypadkowe lub impulsywne)
10–18	Spółeczno-emocjonalne interakcje w celu rozwiązywania problemów	Trudność w inicjowaniu i kontynuowaniu naprzemiennych interakcji społecznych
18–30	Używanie słów i wyrażeń (ich rozumienie), angażowanie się w zabawy z udawaniem z opiekunem lub rówieśnikami	Nieużywanie słów, echolalie
30–42	Logiczne łączenie pojęć	Nieużywanie słów, używanie wyuczonych wyrażeń, nielogicznych pojęć (zachowania irracjonalne)

Źródło: S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem...*, op. cit., s. 42.

Najczęstsze objawy autyzmu to: „brak reakcji na własne imię, ograniczony kontakt wzrokowy, rzadkie uśmiechanie się w sytuacjach społecznych, brak współgrania emocjonalnego z innymi, małe zainteresowanie społeczne, ograniczona wokalizacja czy zdolności naśladowania, wspólnego pola uwagi, okazywania przywiązania³¹⁶. E. Pisula wyszczególnia ponadto wskaźniki behawioralne, które w pierwszym roku życia dziecka mogą być kluczowe dla rozpoznania zaburzenia (tabela 8).

Tabela 8. Wczesne symptomy zaburzenia ze spektrum autyzmu

Wskaźniki behawioralne	Czas
Zaburzony kontakt wzrokowy	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak zainteresowania bodźcami społecznymi – ignorowanie ich	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak umiejętności naprzemiennego kontaktu	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak reakcji na komunikaty rodzica	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak emocjonalnego dostrojenia	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak uśmiechu w sytuacjach społecznych	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak dostosowania mimiki do sytuacji	Pierwsze półrocze 1 roku życia
Brak reakcji na własne imię	8–10 miesiąc życia

³¹⁶ M. Sigman, A. Dijamco, M. Gratier, A. Rozga, *Early detection of core deficits in autism*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 2004, nr 10, s. 221–233.

Brak wskazywania	8–12 miesiąc życia
Brak domagania się brania na ręce	Drugie półrocze 1 roku życia
Ograniczona reakcja antycypacyjna	Drugie półrocze 1 roku życia
Brak podążania wzrokiem	Przełom 1 i 2 roku życia
Brak łączonych zachowań społecznych: spojrzenia, mimiki, tonu głosu, gestykulacji	Drugie półrocze 1 roku życia
Brak rozumienia gestów o znaczeniu społecznym	Przełom 1 i 2 roku życia
Ograniczona wokalizacja i gaworzenie – zwłaszcza w interakcji	1 rok życia

Źródło: E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 116.

Oprócz zaburzeń społeczno-komunikacyjnych ASD mogą zapowiadać również wczesne zaburzenia ruchowe, zwłaszcza w obszarze motoryki dużej i małej, obejmujące równowagę, chód, tempo ruchów, postawę ciała, motorykę języka, ust i policzków³¹⁷. Nieprawidłowy rozwój ruchowy może wręcz stanowić sygnał najwcześniejszy (nawet jeśli niejednoznaczny), gdyż poprzedza wystąpienie trudności społecznych czy językowych³¹⁸.

M. Skórczyńska wiąże wysokie prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzenia ze spektrum autyzmu z wystąpieniem dużych ograniczeń komunikacji werbalnej i niewerbalnej dziecka, takich jak: brak gaworzenia i gestów do 12 miesiąca życia; brak pojedynczych słów do 16 miesiąca życia; brak zdań dwuwyrazowych do 24 miesiąca życia oraz regres w zakresie mowy lub umiejętności społecznych w każdym wieku³¹⁹. Diagnoza³²⁰ zaburzenia obejmuje wywiad z rodzicami na temat historii rozwoju dziecka, charakterystykę rodziny, różne schematy wywiadu lub wywiad na podstawie wystandaryzowanych narzędzi, arkusze obserwacyjne. Poniżej opisano najbardziej popularne narzędzia diagnostyczne.

1. M-CHAT-R/F (*Modified Checklist for Autism and Toddlers*) – dwustopniowe narzędzie przesiewowe stosowane w celu oceny, czy dane dziecko może mieć autyzm, przeznaczone również do regularnych obserwacji dzieci pomiędzy 16 a 30 miesiącem życia. Kwestionariusz złożony z 20 pytań jest wypełniany przez rodziców. Dzięki

³¹⁷ E.M. Jansiewicz, M.C. Goldberg, C.J. Newschaffer, M.B. Denckla, R. Landa, S. Mostofsky, *Motor signs distinguish children with high-functioning autism and Asperger's syndrome from controls*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2006, nr 36, s. 613–621.

³¹⁸ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 119.

³¹⁹ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., s. 41.

³²⁰ Kryteria diagnostyczne zostały opisane bardziej szczegółowo w podrozdziale 1.1 *Pojęcie autyzmu oraz kryteria diagnostyczne*. Wczesna diagnoza, o której tutaj mowa, jest związana z narzędziami diagnostycznymi oraz terapiami, które są wprowadzane w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z autyzmem, stąd ich umiejscowienie właśnie w tym podrozdziale.

niemu opiekunowie/specjaliści mogą ocenić ryzyko wystąpienia autyzmu w trzech stopniach: jako niskie, średnie lub wysokie³²¹.

2. STAT (*Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children*) – narzędzie obejmujące społeczne i komunikacyjne zachowania dzieci pomiędzy 24 a 36 miesiącem życia. Kwestionariusz obserwacyjny zawiera 12 punktów, które wypełnia specjalista³²².
3. ITC (*Infant Toddler Checklist*) – kwestionariusz oceniający rozwój społeczno-komunikacyjny niemowląt i małych dzieci pomiędzy 6 a 24 miesiącem życia. Zawiera 24 podpunkty, które wypełnia rodzic dziecka³²³.
4. ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*) – półustrukturyzowany diagnostyczny wywiad oparty na kryteriach DSM-IV-TR oraz ICD-10. Jest wypełniany przez specjalistów i trwa od 1,5 godziny do 3 godzin³²⁴.
5. ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) – półustrukturyzowane, standaryzowane narzędzie opisujące społeczny, komunikacyjny obszar rozwoju dziecka oraz sferę związaną z wzorcami zachowania. Jest podzielony na cztery moduły zróżnicowane pod względem wieku i etapu rozwoju. Jest przeznaczony dla dzieci dwuletnich i starszych. Wypełniany przez terapeutę i trwa od 30 do 45 minut³²⁵.
6. ADOS-G (*Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic*) – obserwacja zachowania dziecka w kilku sytuacjach, które wskazują na trudności społeczne czy komunikacyjne dziecka w relacji z rodzicem lub obcą osobą³²⁶.
7. CARS2 (*Childhood Autism Rating Scale, Second Edition*) – drugie wydanie skalioceny autyzmu dziecięcego. To kwestionariusz obserwacyjny dla dzieci dwuletnich oraz starszych, który służy do oceny poziomu zaburzenia (od łagodnego po znaczny). Jest wypełniany przez specjalistę i trwa około 5–10 minut – po zebraniu i otrzymaniu potrzebnych informacji. Ma trzy warianty: kwestionariusz standardowy,

³²¹ <http://badabada.pl/pro/m-chat-r-f> (data dostępu: 12.06.2017). Narzędzie dostępne również w polskiej wersji językowej.

³²² P. Kern, *Autism Spectrum Disorders Primer. Characteristics, Causes, Prevalence and Intervention*, [w:] *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorders. Developing Potential in Young Children and their Families*, P. Kern, M. Humpal (red.), Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia, 2013, s. 32.

Narzędzie niedostępne w polskiej wersji językowej.

³²³ <https://www.carautismroadmap.org/infant-toddler-checklist-itc/?print=pdf> (data dostępu: 12.06.2017).

Narzędzie niedostępne w polskiej wersji językowej.

³²⁴ P. Kern, *Autism Spectrum Disorders Primer...*, op. cit., s. 33. Narzędzie dostępne w polskiej wersji językowej.

³²⁵ <http://www.adesse.pl/strona/ados-2-i-adi-r> (data dostępu: 12.06.2017). Narzędzie dostępne w polskiej wersji językowej, zaadaptowane do działań diagnostycznych w Polsce.

³²⁶ E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*, op. cit., s. 123.

arkusz dla dzieci tzw. wysoko funkcjonujących oraz kwestionariusz dla rodziców i opiekunów. Wersja niedostępna w Polsce³²⁷.

Rozpoznanie autyzmu następuje zazwyczaj w 2 roku życia dziecka i nie ulega zmianie z upływem lat. Diagnoza stawiana między 15 a 24 miesiącem życia jest z reguły trafna, jednakże w 20% przypadków wczesnych diagnoz autyzm nie zostaje potwierdzony. Niepotwierdzenie wczesnej diagnozy ASD wiąże się z rozpoznaniem innych zaburzeń rozwojowych. W ramach najnowszych kryteriów diagnostycznych DSM-5, uwzględniających trzy stopnie funkcjonowania (z względu na stopień i nasilenie zaburzenia), wycofanie opóźnienia rozwoju mowy, wyszczególnienie współwystępujących innych zaburzeń oraz dzięki dostępności wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych rozpoznawanie i diagnozowanie osób ze spektrum autyzmu będzie rzetelniejsze i dostarczy wyczerpujących informacji dla rodziców, terapeutów i nauczycieli.

1.4.2 Działania terapeutyczne i edukacyjne – prezentacja wybranych terapii stosowanych w autyzmie

Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorób (*Centers for Disease Control and Prevention*), uznało ASD za nagłący problem z dziedziny zdrowia publicznego. Nasilenie się problemu w społecznościach, nieustanne zapotrzebowanie na usługi w tym zakresie [...] uwypuklają potrzebę skoordynowanych i znaczących działań, mających na celu poprawę życia osób cierpiących na ASD”³²⁸. Henry Wellman podkreślał, że prowadzenie terapii wspólnie z innymi specjalistami może zapewnić dzieciom z autyzmem leczenie bardziej holistyczne³²⁹. Najbardziej znanymi i najczęściej wykorzystywanymi przez terapeutów metodami są metody: edukacyjne (m.in. poznawcze, behawioralne), terapeutyczne (m.in. psychologiczne, pedagogiczne), stymulacyjne (m.in. metodę Marianne Knill i Christophera Knilla oraz Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne) oraz wspierające (twórcze, arteterapeutyczne)³³⁰. Biorąc pod uwagę, że z każdym rokiem przybywa wiele nowych terapii i innowacyjnych podejść do wspierania rozwoju dzieci ze spektrum autyzmu, zdecydowano, że w niniejszej pracy zostaną opisane tylko niektóre z nich – oparte na dowodach i ujęte w raporcie National Autism Center z 2015 roku. Raport zaprezentował trzy grupy terapii: pierwsza (*established interventions*) ma najwyższą skuteczność wśród osób ze spektrum

³²⁷ <http://www.proedinc.com/customer/productView.aspx?ID=4754> (data dostępu: 12.06.2017).

³²⁸ N. Rivera, M. Powers, *Muzykoterapia a spektrum zaburzeń autystycznych: działania o charakterze interdyscyplinarnym w Stanach Zjednoczonych*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin 2012, s. 173.

³²⁹ Ibidem, s. 172.

³³⁰ M. Sekułowicz, *Materiały konferencyjne „Autyzm bez przemocy”*, Fundacja Prodeste, Opole 2017, s. 5.

autyzmu do 22 roku życia; druga (*emergency interventions*) wymaga jeszcze dodatkowych badań, jednak ma w sobie bardzo duży potencjał do tego, by stać się efektywną interwencją w procesie terapeutycznym dzieci z ASD; trzecia (*unestablished interventions*) obejmuje terapie, których skuteczność nie jest znana, gdyż nie zostały poddane badaniom lub uzyskano zbyt małą ilość danych potwierdzających ich działanie³³¹.

Do pierwszej grupy zaliczane są m.in.:

- terapia behawioralna – stosowana analiza zachowania (ABA), w tym trening umiejętności kluczowych (*Pivotal Response Training – PRT*);
- terapia poznawczo-behawioralna;
- trening umiejętności społecznych (*Social Skills Package*);
- historie społeczne (*Story-based Intervention*);
- modelowanie;
- instruktaż rodziców (*Parent Teaching Training*)³³².

W drugiej grupie pojawiły się: AAC, PECS, rozwojowa terapia oparta na relacji (*Developmental Relationship-based Treatment*), aktywności społeczno-komunikacyjne (*Social Communication Intervention*), trening oparty na technologiach (*Technology-based Intervention*) oraz **muzykoterapia**³³³. W trzeciej grupie mieszczą się: animaloterapia, trening słuchowy, interwencje bazujące na ruchu, integracja sensoryczna, dieta bezglutenowa i kazeinowa oraz terapia szokowa³³⁴. Terapie te scharakteryzowano w tabeli 9.

Tabela 9. Strategie i techniki terapeutyczne wykorzystywane w pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Terapia	Działanie i cel
Terapia behawioralna – stosowana analiza zachowania (ABA), w tym trening umiejętności kluczowych (<i>Pivotal Response Training – PRT</i>) ³³⁵	Koncentruje się na zachowaniach dzieci z ASD. Jej podstawą jest twierdzenie, że dzieci będą w stanie uczestniczyć w procesie uczenia się w specjalnie przystosowanych do tego warunkach (szkoła, dom). Proces uczenia się polega na wygaszaniu

³³¹ National Autism Center, *Findings and Conclusions. National Standards Project. Addressing the Need for Evidence-Based Practice Guidelines for Autism Spectrum Disorder*, National Autism Center, Randolph 2015, s. 42, 71–72.

³³² Ibidem, s. 42.

³³³ Ibidem, s. 71.

³³⁴ Ibidem, s. 72.

³³⁵ R. Kawa, *Wybrane techniki rozwijania umiejętności społecznych w pracy z dziećmi z autyzmem metodą stosowanej analizy zachowania*, [w:] *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, M. Gambin, E. Łukowska (red.), WUW, Warszawa 2009, s. 27–28.

	niepożądanych zachowań, a wzmocnieniu tych, które są związane z prawidłowymi zachowaniami ³³⁶ . Terapia obejmuje: umiejętności podstawowe, naśladowanie, rozumienie mowy, komunikowanie się, umiejętności szkolne, umiejętności społeczne, samoobsługę ³³⁷ .
Terapia poznawczo-behawioralna	Dostosowana jest do każdej jednostki indywidualnie pod względem celów i wykorzystywanych materiałów (dobór odpowiedniej struktury sesji czy stosowanych symboli lub wskazówek). Terapia obejmuje: świadomość swoich emocji, samoświadomość, zachowania społeczne, modyfikację zachowań ³³⁸ .
Trening umiejętności społecznych (<i>Social Skills Package</i>)	Uwzględnia szeroki wachlarz umiejętności społecznych i uczenie się ich w grupie. Obejmuje takie działania, jak: właściwy kontakt wzrokowy, odpowiednie gesty, naprzemiennność informacji, inicjowanie oraz kończenie interakcji ³³⁹ .
Historie społeczne (<i>Story-based Intervention</i>)	Są to specjalnie tworzone i dostosowywane opowieści, których celem jest poinformowanie dziecka z ASD, w jaki sposób ma lub może reagować w konkretnych sytuacjach społecznych ³⁴⁰ .
Modelowanie	Uczenie dziecka z ASD właściwych zachowań metodą pokazową. Celem tej strategii jest wskazanie i zademonstrowanie pożądanego zachowania oraz przedstawienie go przez osobę ze spektrum autyzmu ³⁴¹ .
Instruktaż rodziców (<i>Parent Teaching Training</i>)	Strategia aktywnie włączająca w terapię rodziców dziecka poprzez zaznajomienie ich z poszczególnymi technikami terapeutycznymi, które mogą stosować w domu ³⁴² .

³³⁶ L. Bobkiewicz – Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 111–115.

³³⁷ A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 197.

³³⁸ National Autism Center, *Findings and Conclusions...*, op. cit., s. 45.

³³⁹ Ibidem, s. 67.

³⁴⁰ M.D. Brownell, A. Arbor, *Social Stories. Pairing the Story with Music*, [w:] *Early Childhood...*, op. cit., s. 118.

³⁴¹ National Autism Center, *Findings and Conclusions...*, op. cit., s. 51.

³⁴² Ibidem, s. 55.

AAC (<i>Augmentative and Alternative Communication</i>)	Alternatywne i wspomagające formy komunikowania się za pomocą gestów, obrazków, symboli, znaków ³⁴³ .
PECS (<i>Picture Exchange Communication System</i>)	System komunikowania się poprzez wymianę obrazkową ³⁴⁴ .
Rozwojowa terapia oparta na relacji (<i>Developmental Relationship-based Treatment</i>): metoda Son-Rise (metoda opcji), EDSM (metoda wczesnego startu dla dzieci z autyzmem), GPS (terapia rozwoju poprzez zabawę)	Metody oparte na założeniu, że umiejętności komunikacyjne są nabywane przez wszystkie dzieci niezależnie od ich predyspozycji czy zaburzeń. Polegają na tym, że dzieci uczą się i poznają świat poprzez interakcje społeczne ze swoimi opiekunami, które są nacechowane emocjonalnie. Tego typu terapie bazują na podążaniu za dzieckiem, za jego potrzebami i wykorzystują skłonność dzieci do zabawy oraz rozwijania interakcji ³⁴⁵ .
Trening oparty na technologiach (<i>Technology-based Intervention</i>)	Interwencje wykorzystujące specjalne programy oraz gry komputerowe rozwijające poszczególne umiejętności poznawcze, motoryczne i społeczne ³⁴⁶ .
Animaloterapia	Terapia prowadzona z udziałem zwierząt ³⁴⁷ .
Trening słuchowy	„Metoda opiera się na treningu słuchu przy pomocy odpowiednio dobranego materiału dźwiękowego, a także na ćwiczeniach wokalnych, które prowadzą do zwiększenia kontroli nad własnym głosem i mową” ³⁴⁸ . Na terapię składają się sesje słuchania materiału dźwiękowego, konsultacje oraz ocena audio-psycho-fonologiczna ³⁴⁹ .
Interwencje bazujące na ruchu (choreoterapia, metoda Denisona)	Są to terapie, których podstawą jest rozwijanie ruchów, ich świadomości oraz cielesności. Są związane z rozwojem koordynacji ruchowej w obrębie motoryki małej i dużej. Opierają się na założeniu, że zmiany w układzie neuromięśniowym

³⁴³ M. Podeszewska-Mateńsko, AAC – piktogramy w komunikacji i edukacji osób z autyzmem, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s. 224.

³⁴⁴ R. Kawa, *Picture Exchange Communication System (PECS) jako metoda rozwijania umiejętności komunikowania się dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s. 256.

³⁴⁵ K. Kruś, *Metody niedyrektywne jako alternatywa terapii autyzmu*, [w:] *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu. Studia – refleksje – doświadczenia*, B. Pazur (red.), Wydawnictwo Polihymnia, Lublin 2016, s. 57–59.

³⁴⁶ K. Wojaczek, M. Platos, M. Lipnicka, Ł. Okruszek, *Zastosowanie programów komputerowych w terapii osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2015, nr 11(2), s. 21–37.

³⁴⁷ <http://sjp.pwn.pl/szukaj/animaloterapia.html> (data dostępu: 16.06.2017).

³⁴⁸ <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/171065> (data dostępu 16.06.2017).

³⁴⁹ A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 212.

	wpływają na sferę społeczną, komunikacyjną i poznawczą ³⁵⁰ .
Terapia integracji sensorycznej	Terapia, która pomaga zintegrować/uporządkować funkcjonowanie zmysłów w taki sposób, aby jednostka mogła lepiej organizować swoje działania i odpowiednio reagować na otoczenie ³⁵¹ .
Dieta bezglutenowa i kazeinowa (bezmleczna)	Dieta eliminująca z pokarmów gluten i kazeinę – białka, które mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie fizyczne dzieci z ASD, a co za tym idzie – na ich sprawność w innych obszarach rozwojowych ³⁵² .

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Kawa, *Wybrane techniki rozwijania umiejętności społecznych w pracy z dziećmi z autyzmem metodą stosowanej analizy zachowania*, [w:] *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, M. Gambin, E. Łukowska (red.), WUW, Warszawa 2009, s. 27–28; L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm...*, op. cit., s. 111–115; A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 197; National Autism Center, *Findings and Conclusions...*, op. cit., s. 45; M.D. Brownell, A. Arbor, *Social Stories. Pairing the Story with Music*, [w:] *Early Childhood...*, op. cit., s. 118; M. Podeszewska-Mateńsko, *AAC – Piktogramy w komunikacji i edukacji osób z autyzmem*, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s. 224; R. Kawa, *Picture Exchange Communication System (PECS) jako metoda rozwijania umiejętności komunikowania się dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, [w:] *Autyzm i AAC...*, op. cit., s. 256; K. Kruś, *Metody niedyrektywne jako alternatywa terapii autyzmu*, [w:] *Język muzyki dla osób...*, op. cit., s. 57–59; K. Wojacek, M. Płatos, M. Lipnicka, Ł. Okruszek, *Zastosowanie programów komputerowych w terapii osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2015, 11(2), s. 21–37; A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej...*, op. cit., s. 212; E.L. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007, s. 59–62; J. Koomar, C. Karnowitz, S. Szklut, L. Balzer-Martin, E. Haber, D.I. Sava, *Integracja sensoryczna...*, op. cit., s. 6.

Petra Kern i Marcia Humpal wyszczególniły strategie terapeutyczne w obszarze sfery społecznej i komunikacyjnej oraz strategie zapobiegające zachowaniom niepożądanym. Strategie wspierające rozwój społeczny dziecka z autyzmem to:

- strategia oparta na ukierunkowanym instruktażu osoby dorosłej – koncentracja na wspólnym polu uwagi, reakcja na spojrzenia, naśladowanie, naprzemiennność i inicjowanie społecznych interakcji;

³⁵⁰ E.J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007, s. 59–62.

³⁵¹ J. Koomar, C. Karnowitz, S. Szklut, L. Balzer-Martin, E. Haber, D.I. Sava, *Integracja sensoryczna...*, op. cit., s. 6.

³⁵² P. Shattock, P. Whiteley, L. Todd, *Autyzm jako zaburzenie...*, op. cit., s. 54–55.

- podejście skoncentrowane na dziecku – podążanie osoby dorosłej za dzieckiem, zachęcanie go i podtrzymywanie interakcji, stopniowe przechodzenie do dłuższych i trwalszych kontaktów z dzieckiem;
- strategia rówieśnika – włączanie w terapię dziecka z autyzmem rówieśnika rozwijającego się neurotypowo, pobudzanie i podtrzymywanie zaangażowania w kontakty społeczne obu stron³⁵³.

Do tych strategii autorki zaliczają: stosowaną analizę zachowania (ABA – *Applied Behavior Analysis*); interwencje związane z rozwojem wspólnego pola uwagi, historie społeczne oraz interwencje włączające rówieśników.

Strategie wspierające mowę oraz rozwój komunikacji to: również ABA, modelowanie oraz AAC. Techniki te są oparte głównie na podejściu behawioralnym. Jako że dzieci z autyzmem wykazują brak motywacji do używania języka i komunikowania się, strategie te wykorzystujące potrzeby i preferencje dzieci do rozwoju tych umiejętności mogą znacznie poprawić ich motywację i zaangażowanie w naukę komunikacji. Oprócz preferencji dziecka ważne jest odpowiednio przygotowane środowisko, które ułatwia dziecku przyswajanie wiedzy i zapewnia mu okazje do stosowania i wykorzystywania nabytych umiejętności komunikacyjnych. Zadaniem osoby dorosłej jest nagradzanie, naśladowanie i rozszerzanie najmniejszych form/prób komunikacji³⁵⁴.

Strategie zapobiegające tzw. zachowaniom trudnym są oparte na dwóch podejściach: behawioralnym, w którym strategie nauczania bazują na strukturze, zasadach i rutynie (polega na analizie zachowania dziecka i wzmacnianiu zachowań pożądanых oraz redukowaniu niepożądanych poprzez stosowanie list kontrolnych, wizualnych wskazówek czy tokenów) oraz rozwojowym, w którym rozpoznaje się potrzeby dziecka, dostosowuje się do nich, wprowadzając ustrukturyzowane środowisko pomagające dziecku zminimalizować lub zmienić stymulację. Podkreśla się również, że wykorzystywanie w terapii zabawy znacznie redukuje elementy problematyczne w zachowaniu³⁵⁵. National Autism Center w 2009 roku wymienił interwencje oparte na dowodach stosowane w terapii dzieci z ASD:

- wprowadzanie struktury, przewidywalności i rutyny w działaniu;
- stosowanie werbalnych, ruchowych, wizualnych i fizycznych wskazówek ułatwiających wykonywanie działań;
- planowanie zmiany (płynnego przejścia z jednej czynności w drugą);

³⁵³ P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen for Young Children with Autism Spectrum Disorders*, [w:] *Early Childhood...*, op. cit., s. 164.

³⁵⁴ Ibidem.

³⁵⁵ Ibidem, s. 165.

- organizowanie środowiska, w którym dziecko może się uczyć;
- zapewnianie dodatkowego czasu na odpowiednie wykonanie zadania oraz dawanie możliwości powtórzenia;
- aktywne włączanie rówieśników neurotypowych we wspomaganie rozwoju dzieci z ASD³⁵⁶.

Powyższe terapie, strategie, techniki dążą do poprawy funkcjonowania dziecka z autyzmem. Zadaniem terapii jest nie tylko korektura i zmiana poszczególnych zachowań – zadaniem terapii jest przede wszystkim dbanie o dobro dziecka, umożliwianie mu rozwoju w bezpiecznym i przyjaznym dla niego środowisku, a zwłaszcza uświadamianie dziecku jego mocnych stron oraz motywowanie go do ich rozwijania. W myśl podejścia rozwojowego powinniśmy raczej dostrzegać człowieka z **ASC**, czyli z **autystyczną kondycją**, niż z ASD, czyli z zaburzeniem autystycznym. Widzieć cechy, a nie dysfunkcje. Jak podkreśla T. Grandin: „jeżeli będziemy potrafili realistycznie rozpoznawać mocne strony poszczególnych ludzi, przyglądając się każdemu przypadkowi z osobna, będziemy w stanie lepiej określić przyszłość każdego człowieka [z ASD]”³⁵⁷.

³⁵⁶ National Autism Center, *Findings and Conclusions...*, op. cit., s. 43–56.

³⁵⁷ T. Grandin, R. Panek, *Mózg autystyczny...*, op. cit., s. 162.

2. Muzykoterapia

Muzykoterapia jest interdyscyplinarną dziedziną nauki oraz formą terapii, która otwiera pole do oddziaływania na każdego człowieka całościowo. Jest wykorzystywana w wielu działaniach wspomagających i terapeutycznych. Bogactwo środków (doświadczeń, metod i technik), jakimi dysponuje, pozwala na dostosowanie narzędzi i strategii do potrzeb, zainteresowań czy przyzwyczajzeń uczestników terapii. Z tego względu muzykoterapia coraz częściej staje się przedmiotem zainteresowań badawczych dążących do zgłębienia jej znaczenia, celowości oraz zakresu stosowności.

2.1 Rozważania terminologiczne oraz cele muzykoterapii

Termin „muzykoterapia” nie jest jednoznaczny, a sama muzykoterapia nie ma ściśle określonych ram, zatem sprecyzowanie, czym jest i czym się zajmuje, jakie są jej cele i kto może stać się uczestnikiem takiej terapii, nie jest łatwe. Już jej zdefiniowanie nastrocza sporo trudności, stąd istnieje kilka obowiązujących definicji, których najważniejsze aspekty zostaną wyszczególnione poniżej.

Tadeusz Natanson – popularyzator muzykoterapii w Polsce – przedstawia ją następująco: „Muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie”³⁵⁸. Muzykoterapia w powyższym ujęciu jest postrzegana jako obszar wykorzystujący muzykę i jej elementy, aby wpływać pozytywnie na zdrowie jednostki, co z kolei oddziałuje na jakość jej życia (kontekst społeczny czy kulturowy). Definicja ta podkreśla walor muzyki oraz cel muzycznej eksploracji, jakim jest ochrona i przywracanie zdrowia, a w konsekwencji korzystny wpływ na inne obszary życia jednostki.

Definicja stworzona przez amerykańskiego muzykoterapeutę Kennetha Bruscię zwraca uwagę na ważne kwestie terapeutyczne, które zostały pominięte w definicji

³⁵⁸ T. Natanson, *Muzyczna profilaktyka, w procesie nauczania-wychowania. Wybrane refleksje, teoretyczne*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 121–127.

Natanson: „Muzykoterapia to usystematyzowany proces interwencji, w ramach którego terapeuta wspomaga klienta³⁵⁹ w osiągnięciu/wspieraniu/promowaniu zdrowia, używając doświadczeń muzycznych oraz relacji, które wykształcają się dzięki nim, jako dynamicznych sił umożliwiających zmiany”³⁶⁰. Autor kładzie nacisk na pięć aspektów muzykoterapii: usystematyzowany proces – zaplanowany i oparty na określonych procedurach; cele terapeutyczne – wspomaganie uczestnika terapii w osiągnięciu zdrowia, przy czym cele te są dostosowywane do jego potrzeb, zasobów oraz preferencji; muzykę – wszelkie doświadczenia muzyczne, elementy, działania, które swoją różnorodnością i wielością zaspokajają potrzeby jednostki uczestniczącej w procesie; relację – zachodzącą pomiędzy uczestnikiem/uczestnikami terapii a terapeutą pod wpływem wspólnych działań czy doświadczeń; dynamiczne zmiany – które Bruscia rozumie jako połączenie procesu terapeutycznego, celów, muzyki i relacji – pojawienie się tych muzycznych i niemuzycznych elementów powoduje zmiany w jednostce, z którą pracuje wykwalifikowany muzykoterapeuta.

Edith Lecourt przedstawia muzykoterapię jako formę psychoterapii, akcentując cel terapeutyczny, a także znaczenie relacji, a ponadto dookreśla format terapii (indywidualna i/lub grupowa) oraz wiek uczestników (dzieci i osoby dorosłe): „muzykoterapia to forma psychoterapii, rehabilitacji lub pomocy psychomuzycznej, która wykorzystuje dźwięk oraz muzykę – w każdej możliwej formie – jako środek wyrazu, komunikacji, strukturyzacji oraz analizy relacji. Stosowana jest zarówno indywidualnie, jak i grupowo, w pracy z dziećmi i osobami dorosłymi”³⁶¹.

Definicja sformułowana przez Krzysztofa Stachyrę szerzej przedstawia uczestnika terapii i jego potrzeby wynikające z rozwoju poszczególnych obszarów życia jednostki: „muzykoterapia jest procesem, w którym wykwalifikowany muzykoterapeuta posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia, poprawy funkcjonowania lub

³⁵⁹ „Klient”, „uczestnik” lub „pacjent” to określenia osoby, która uczestniczy w procesie muzykoterapeutycznym – nie podaje się wieku danej osoby ani zaburzenia czy trudności. Autorka nazywa osoby uczestniczące w muzykoterapii klientami w celu ujednolicenia nazewnictwa oraz w nawiązaniu do anglojęzycznego określenia stosowanego w opisywanych przez autorkę modelach muzykoterapeutycznych, m.in. w muzykoterapii kreatywnej (*Creative Music Therapy*). Słowo „klient” jest używane zamiennie z określeniem „uczestnik”. Sformułowanie „pacjent” jest natomiast stosowane w ramach podejścia biomedycznego i diagnozy chorób psychicznych. Terminy „klient” oraz „uczestnik” cechują podejście rozwojowe oraz humanistyczne (zob. P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 668).

³⁶⁰ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum 1998, s. 20, podaje za: L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2013, s. 17.

³⁶¹ E. Lecourt, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, Videograf, Katowice 2008, s. 6.

wspierania rozwoju osób z różnorodnymi potrzebami natury emocjonalnej, fizycznej, umysłowej, społecznej lub duchowej”³⁶².

Na zakończenie tego krótkiego przeglądu warto przywołać definicję zaproponowaną przez Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów, w której oprócz ważności celów terapeutycznych i zaistniałej relacji podkreśla się znaczenie efektywności terapii i badań, których podstawą są działania oparte na dowodach (*Evidence Based Practice*³⁶³), oraz przywiązuje dużą wagę do osoby i przygotowania muzykoterapeuty, którego kwalifikacje muszą być zatwierdzone przez odpowiednie instytucje lub stowarzyszenia: „Muzykoterapia jest klinicznym i opartym na dowodach użyciem interwencji muzycznych, po to by osiągnąć zindywidualizowane cele w ramach terapeutycznej relacji z terapeutą posiadającym kwalifikacje, który ukończył zaaprobowany kurs muzykoterapii”³⁶⁴.

Termin „muzykoterapia” – jak wspomniano powyżej – nie jest jednoznaczny. Jak podkreśla Kenneth S. Aigen, nie odnosi się on do terapii skoncentrowanej na muzyce, jak np. w przypadku terapii ruchowej, w której wykorzystywane są fizyczne działania w celu rozwiązania fizycznego problemu, lub logopedii, w której wykorzystuje się narzędzia/działania logopedyczne na potrzeby korektury i usprawniania mowy czy wzmocnienia aparatu mowy³⁶⁵. W definicji jest raczej określany tryb interwencji niż obszar jej funkcjonowania. Ponadto podstawowe zasady i procedury różnią się od siebie w zależności od uczestnika, terapeuty czy stosowanego modelu muzykoterapeutycznego. Nie ma jasno sprecyzowanych celów, procedur, obszaru pracy terapeutycznej ani grupy docelowej, czyli osób, u których muzyczna interwencja powinna być wprowadzana. Aigen przywołuje trzy podejścia próbujące przybliżyć istotę muzykoterapii:

1. David Taylor podkreśla, że problem w definiowaniu muzykoterapii wynika z jej empirycznego charakteru, nie z samego pojęcia. Muzykoterapię należy tłumaczyć ze względu na dany obszar kliniczny. Wskazując wspomniany obszar kliniczny, określamy zasięg działań opartych na muzykoterapii, a tym samym ją definiujemy, np.

³⁶² K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin 2012, s. 27.

³⁶³ Evidence Based Practice (EBP) – działanie oparte na dowodach – jest połączeniem najlepszych dostępnych badań i klinicznych doświadczeń badanych, zakładającym całościową charakterystykę pacjentów, biorąc pod uwagę ich kontekst społeczny, kulturowy, wartości oraz preferencje i potrzeby (podają za: M. Humpal, P. Kern, *Evidence-based Practice for Young Children with Autism Spectrum Disorders. Implications for Music Therapy*, [w:] *Early Childhood...*, op. cit., s. 40). EBP „opiera się na założeniu, że wszystkie usługi powinny być skuteczne, mieć solidne podstawy naukowe oraz być świadczone w najbardziej efektywny sposób [...], celem jest wykazanie, że przyjęte procedury są bezpieczne, skuteczne i opłacalne” (A. Gilroy, *Arteterapia – badania i praktyka*, AHE, Łódź 2009, s. 21–24).

³⁶⁴ <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/> (data dostępu: 03.08.2017), podają za: L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 18.

³⁶⁵ K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, Routledge Taylor & Francis Group, New York–London 2014, s. 9.

muzykoterapia dla osób ze schizofrenią lub muzykoterapia dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.

2. Brynjulf Stige określa muzykoterapię jako formę tożsamości, co znacznie wykracza poza jej rozumienie empiryczne jako obszaru oddziaływań. Według niego muzykoterapii nie można sprowadzać do rozwijania umiejętności muzycznych czy wrażliwości emocjonalnej (choć może się ona do tego przyczyniać), jak w przypadku innych terapii, w których nazwie określony jest cel danej interwencji.
3. Rudy Garred twierdzi, że muzykoterapia jest unikalna co do swojej nazwy i sposobu definiowania bardziej ze względu na metodę dotarcia do drugiego człowieka/formę interwencji niż cel zmiany. Tutaj terapeutyczna jest sama jakość narzędzia – czyli muzyki³⁶⁶.

Even Ruud uważa muzykoterapię za sposób osiągnięcia lepszej jakości życia, a swoje rozważania opiera na holistycznej teorii zdrowia, według której zdrowie człowieka jest nierozzerwalnie związane z dobrym samopoczuciem, poczuciem spełnienia oraz zdolnością do wszelkiej aktywności: „Zaangażowanie w muzykę i jej tworzenie wiąże się całościowo z wykorzystaniem sfer rozwojowych człowieka [...]. Bycie zaangażowanym w muzykę oznacza silniejsze poczucie tożsamości i stopniowe dążenie do poprawy swojej jakości życia”³⁶⁷.

Światowa Federacja Muzykoterapii (*World Federation of Music Therapy* – WFMT) w swojej szczegółowej definicji muzykoterapii podkreśla całościowe podejście do jednostki, które w ramach realizacji wyznaczonych celów terapeutycznych wychodzi naprzeciw jej „fizycznym, emocjonalnym, umysłowym, społecznym i poznawczym potrzebom”. Za cele muzykoterapii WFMT uznała rozwijanie potencjału i/lub przywracanie funkcjonowania jednostki, tak aby „mogła osiągnąć lepszą intra- i interpersonalną integrację, a w konsekwencji lepszą jakość życia dzięki profilaktyce, rehabilitacji lub leczeniu”³⁶⁸. E. Ruud akcentuje cele związane z nawiązywaniem relacji interpersonalnych, budowaniem pewności siebie, która jest powiązana z samoakceptacją, rozwijaniem poczucia szczęścia opartego na emocjonalnych doświadczeniach oraz zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa i satysfakcji³⁶⁹.

³⁶⁶ Ibidem, s. 9–10.

³⁶⁷ E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation, Communication and Culture*, Barcelona Publishers, Gilsun 1998, s. 57–62 (tłumaczenie własne).

³⁶⁸ K. Stachyra, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, UMCS, Lublin 2009, s. 62.

³⁶⁹ E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation...*, op. cit., s. 55–56.

Inni muzykoterapeuci przyjmują perspektywę medyczną i kładą nacisk na leczenie i wspomaganie uczestników terapii z problemami i potrzebami natury zdrowotnej, edukacyjnej i psychologicznej³⁷⁰.

Według K. Bruscia muzykoterapia może być ukierunkowana na osiągnięcie celów w różnych obszarach w postaci szeregu zmian terapeutycznych:

- **fizjologicznych** – puls serca, ciśnienie krwi, oddech, odpowiedź skórno-gawalnicza, fale mózgowe, napięcie mięśni, temperatura, poziom hormonów, funkcje neurologiczne, wydzielanie gruczołów;
- **psychofizjologicznych** – poziom bólu i pobudzenia, poziom świadomości, stan napięcia czy relaksu, poziom energii czy zmęczenia, obraz ciała i jego funkcji;
- **związanych z rozwojem sensomotorycznym** – automatyczne reakcje i schematy sensomotoryczne: kontrola, integracja, internalizacja funkcji wizualnych, słuchowych, czuciowych i kinestetycznych, koordynacja dużej i małej motoryki;
- **percepcyjnych** – rozumienie części w ramach całości, dostrzeganie różnic i podobieństw w relacji;
- **poznawczych** – długość i zasięg uwagi, umiejętności uczenia się, przyswajanie i wykorzystywanie wiedzy, myśli oraz przekonań, rozwijanie pamięci krótkotrwałej i długotrwałej;
- **behawioralnych** – poziom aktywności, efektywność, wzmacnianie pożądanых działań, warunkowanie zachowania, produktywność pracy;
- **muzycznych** – muzyczne preferencje, zasięg wokalny, instrumentalny, repertuar, umiejętności wykonawcze, rytmiczne i melodyczne, umiejętności związane z wykonawstwem, improwizacją czy tworzeniem;
- **emocjonalnych** – odczuwanie, rozpoznawanie i uświadamianie sobie swoich emocji oraz ich wyrażanie;
- **komunikacyjnych** – odbiorcze i ekspresyjne umiejętności mowy, język, inne niewerbalne formy ekspresji: muzyka, taniec, drama, poezja, sztuka;
- **interpersonalnych** – świadomość, wrażliwość, bliskość, tolerancja wobec innych, umiejętności społeczne, wzory relacji, interakcje;
- **kreatywnych** – płynność, oryginalność, pomysłowość, sztuka³⁷¹.

³⁷⁰ T. Wigram, I.N. Pendersen, L.O. Bonde, *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2004, s. 29.

³⁷¹ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 153–154.

Cele te przyczyniają się do rozwoju jednostki, wprowadzając określone dynamiczne zmiany³⁷², a przez to wspomagają uczestnika terapii w jego dążeniu do poprawy jakości życia. Ważnym czynnikiem dochodzenia do zmiany jest dobrze zaplanowany proces muzykoterapeutyczny, który opiera się na określonych procedurach i jest podporządkowany osiągnięciu indywidualnych celów dopasowanych do sytuacji jednostki. Jak pisze Krzysztof Stachyra, „proces muzykoterapii nie jest przypadkowym zdarzeniem” tylko zaprojektowanym procesem, podlegającym standardom³⁷³. Proces terapeutyczny można również tłumaczyć jako „postępującą w czasie akcję posiadającą zarówno strukturę, jak i podlegającą zmianom”³⁷⁴, które zachodzą w jednostce. Zmiana obejmuje zatem nie tylko działania i zróżnicowane doświadczenia muzyczne ale przede wszystkim **człowieka** – pojmowanego jako proces stawania się i odkrywania³⁷⁵.

W procesie terapeutycznym możemy wyróżnić pięć etapów:

1. **Diagnozowanie uczestnika terapii.** Ten wstępny etap daje terapeutcie obraz funkcjonowania uczestnika, jego możliwości, umiejętności, mocnych stron oraz dysfunkcji i pozwala na określenie obszarów, nad którymi terapeuta wraz z uczestnikiem mogą pracować podczas procesu terapeutycznego. Poprzez dogłębną obserwację terapeuta uzyskuje informacje, jaki uczestnik funkcjonuje pod względem rozwojowym, jak czuje się w sytuacji terapeutycznej, jakie doświadczenia muzyczne najlepiej wpływają na jego całościowe funkcjonowanie.
2. **Wyznaczanie celów.** Cele są podstawą pracy muzykoterapeutycznej, gdyż nadają jej kierunek. W procesie terapii ważne jest wyznaczenie sobie zarówno celów ogólnych, jak i szczegółowych. Cele ogólne w bardzo szeroki sposób określają zamiary terapeuty oraz chęć wprowadzania pewnych zmian dla dobra osoby uczestniczącej w procesie. Cele szczegółowe natomiast stanowią doprecyzowanie celów ogólnych i rozbijają je na czynności operacyjne.
3. **Planowanie sesji.** W przypadku sesji opartej na technikach improwizacyjnych trudno jest z góry ustalić plan zajęć. Można natomiast zaplanować, jakie techniki zostaną wykorzystane w ramach improwizacji po uprzednim rozważeniu celowości ich zastosowania w pracy z konkretnym uczestnikiem w danej sytuacji terapeutycznej. Końcowy efekt planowania/przygotowania sesji jest weryfikowany

³⁷² Dynamiczne zmiany – termin ten został wprowadzony w definicji K. Bruscia (ibidem, s. 62).

³⁷³ K. Stachyra, *Projektowanie i organizacja procesu terapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, op. cit., s. 56–57.

³⁷⁴ T. Stegemann, M. Hitzler, M. Blotvogel, *Arteterapie dla dzieci i młodzieży: muzykoterapia, choreoterapia, terapia sztuką*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2015, s. 150.

³⁷⁵ Ibidem.

przez uczestnika terapii w postaci jego reakcji na określone doświadczenie muzyczne. W przypadku sesji ustrukturyzowanej terapeuta dobiera odpowiednie metody pracy terapeutycznej i ustala procedurę działań w oparciu o zakładane cele.

4. **Organizowanie sesji.** Przez organizowanie sesji rozumie się przygotowanie zajęć od strony technicznej – zadbanie o pomoce, narzędzia i sprzęty niezbędne podczas sesji oraz o optymalne warunki w miejscu jej prowadzenia zapewniające komfort uczestniczenia w sesji zarówno uczestnikowi, jak i terapeutcie.
5. **Zbieranie dokumentacji.** To ostatni etap procesu muzykoterapii. Jest on niezwykle ważny, gdyż umożliwia dostrzeżenie efektów pracy i zmian zachodzących w terapii oraz kierunku obranego przez terapeuta przy projektowaniu sesji. Zebrane informacje, obserwacje, wątpliwości dają terapeutcie holistyczny wgląd w funkcjonowanie jednostki. Dokumentacja pisemna na podstawie kwestionariusza lub opisu, zarejestrowana w postaci nagrań to ważne źródło badawcze³⁷⁶.

Bruscia wyszczególnia typy zmian³⁷⁷ występujące w procesie terapeutycznym, które mogą zaistnieć również w procesie muzykoterapeutycznym:

1. Zmiana prewencyjna (zapobiegawcza) – zmiany w terapii pomagają uczestnikowi zmniejszać ryzyko pojawienia się trudności zdrowotnych lub przeciwdziałać problemom zdrowotnym.
2. Zmiana lecznicza – zmiany w terapii zwalczają problemy zdrowotne lub eliminują ich przyczyny.
3. Zmiana rekonstrukcyjna – zmiany w terapii pomagają uczestnikowi zdekonstruować problematyczny obszar, aby później móc go zrekonstruować.
4. Zmiana objawowa – zmiany w terapii bazują na objawach i dążą do ich korygowania lub eliminowania.
5. Zmiana homeopatyczna – zmiany w terapii przywracają zdrowie za pomocą naturalnych środków.
6. Zmiana wspierająca – zmiany w terapii dają jednostce wsparcie w przezwyciężaniu nieodpowiedniej kondycji zdrowotnej.
7. Zmiana habilitacyjna – zmiany w terapii pomagają jednostce zastąpić zdolności, które ze względu na trudności zdrowotne nie są rozwijane, innymi zdolnościami lub uzyskać nowe.

³⁷⁶ Ibidem.

³⁷⁷ Zmiana definiowana przez Bruscię może stać się celem terapeutycznym w trakcie procesu terapeutycznego.

8. Zmiana rehabilitacyjna – zmiany w terapii pomagają jednostce odzyskać zdolności, które zostały utracone lub uległy znacznemu pogorszeniu.
9. Zmiana paliatywna – zmiany w terapii poprawiają jakość życia jednostki pomimo nieodwracalnego złego stanu zdrowia³⁷⁸.

Bruscia opisuje muzykoterapię w dwóch kategoriach: dyscypliny i profesji. Dyscyplinę tłumaczy jako łączenie teorii, praktyki i badań oraz innych elementów, które można odnosić do terapeutycznego stosowania muzyki. Przez profesję rozumie pewien status uzyskany poprzez przynależność do grupy ludzi stosujących ten sam zakres wiedzy i działań jako praktycy, nauczyciele, administratorzy, superwizorzy i inni oraz traktujących swoją pracę jako formę powołania. Profesja wymaga stosowania się do wytycznych wprowadzonych przez administracyjne struktury ośrodków, w których muzykoterapeuci pracują. Wytyczne te są regulowane przez polityczne jednostki, w których ośrodki są ulokowane³⁷⁹.

B. Stige rozróżnia pięć obszarów związanych z muzykoterapią: (1) **muzykoterapię narodowościową** (*folk music therapy*) – wszystkie historyczne działania związane z muzyką i wspieraniem zdrowia za pomocą działań muzycznych; poprzedza powstanie postaci współczesnej; (2) **muzykoterapię jako dyscyplinę** – obszar wiedzy, który obejmuje tradycję muzykoterapii i jej dyskursy; jest odzwierciedlana w pracach naukowców; (3) **muzykoterapię jako profesję** – konkretne działania zmierzające do realizacji odpowiednich standardów kwalifikujących; działania te wiążą formalną i nieformalną strukturę muzykoterapii; (4) **muzykoterapię jako praktykę** – interaktywny proces tworzenia muzyki zmierzający do przywracania zdrowia i dobrostanu jednostki; (5) **nieprofesjonalne stosowanie muzyki** we współczesnych środowiskach w celu poprawy zdrowia.

Jak twierdzi Stige, te pięć obszarów odnosi się do muzykoterapii całościowo. Badacz sugeruje również rozciągnięcie tego terminu na wiele innych kierunków w celu podkreślenia różnorodności tej dyscypliny³⁸⁰.

Muzykoterapia rozumiana jako forma zmiany w jednostce odnosi się do realizacji celów niemuzycznych (rozwojowych) za pomocą muzycznych środków przy poszanowaniu dla jednostki i jej autonomii. Muzykoterapia prowadzona według określonych modeli terapeutycznych³⁸¹ wykorzystuje założenia pedagogiki specjalnej (szeroko pojętej

³⁷⁸ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 155.

³⁷⁹ K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, op. cit., s. 11.

³⁸⁰ Ibidem.

³⁸¹ Poszczególne modele muzykoterapeutyczne są szerzej opisane w podrozdziale 2.4 *Modele i doświadczenia muzykoterapeutyczne*.

rewalidacji), a ponadto pragnie przyczyniać się do rozwoju jednostki, motywować ją i oddziaływać na nią w taki sposób, aby mogła zapoczątkować u siebie proces zmiany rozumianej jako uzyskiwanie nowych umiejętności i poznawanie swoich nowych możliwości. Muzykoterapia, podobnie jak pedagogika specjalna, dąży do zrozumienia jednostki, jej całościowego poznania, ale i dostrzegania w niej potencjału, który może rozwinąć za pomocą poszczególnych działań.

Zarówno pedagogika specjalna, jak i muzykoterapia mają stwarzać jednostce odpowiednie warunki i zapewniać możliwość funkcjonowania niezależnie od jej wieku i rodzaju niepełnosprawności, zaburzenia czy trudności. Oba podejścia nie tylko usprawniają czy korygują, ale przede wszystkim wzmacniają, stymulują, aktywizują, aby jednostka mogła poczuć subiektywne zadowolenie, szczęście i spełnienie³⁸². Celem obu jest stwarzanie w procesie edukacyjnym i terapeutycznym takich warunków, aby jednostka mogła rozwijać swój potencjał i dzięki swojej zmianie osiągać transgresyjną fazę rozwoju. Wsparcie muzykoterapeutyczne motywujące do aktywności, wywołujące w poszczególnych jednostkach z niepełnosprawnością czy zaburzeniem zmianę możemy nazwać rozwojem.

Muzykoterapia może być formą zmiany w człowieku z niepełnosprawnością. Każda zmiana w zachowaniu/aktywności (nawet jednorazowa) stanowi początek rozwoju jednostki. Zaobserwowana zmiana jest potencjałem, który jako pedagodzy i muzykoterapeuci staramy się powtarzać, rozszerzać, aby dane zachowania mogły stać się ciągiem zmian. Widoczne zmiany w kondycji człowieka z niepełnosprawnością, dostrzegane przez niego samego, stają się podstawą jego rozwoju.

Człowiek w procesie muzykoterapeutycznym ma rozwijać swoje mocne strony, przekraczać swoje możliwości i pokonywać swoje słabości. Muzyka i wspólne muzykowanie mogą stać się żywym, zrozumiałym doświadczeniem, wyrazem emocji. Aktywność muzyczna może zachęcić uczestnika terapii do ekspresywnego ruchu rąk, nóg, całego ciała, motywować do ekspresji związanej z wydawaniem dźwięków oraz głosu. „Kontakt z muzyką ma charakter komunikatywny i jest podstawą aktywnego udziału w doświadczeniu, dzięki któremu osoby mogą uwolnić się od zahamowań i zapomnieć o ograniczających je trudnościach”³⁸³.

2.2 Założenia teoretyczne muzykoterapii i podejścia terapeutyczne

³⁸² A. Krause, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2011, s. 55.

³⁸³ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 18.

Proces dążący do zmiany/rozwoju jednostki ma różny przebieg w zależności od założeń terapeutycznych oraz wybranego modelu muzykoterapeutycznego. Fakt, że w muzykoterapii wykorzystywane są elementy wielu nauk, takich jak: muzyka, psychologia, pedagogika, medycyna, rehabilitacja, przyczynia się do pełniejszego pojmowania człowieka. Ta interdyscyplinarność pociąga za sobą wielość perspektyw oraz duży zasób narzędzi czerpanych z poszczególnych nauk, a tym samym możliwość dostosowania do założeń procesu muzykoterapeutycznego. Założenia są zatem ściśle związane z przyjętą perspektywą i przekładają się na wybór modelu muzykoterapii.

W muzykoterapii wyróżnia się perspektywę psychologiczną (psychodynamiczną, poznawczo-behawioralną, humanistyczno-egzystencjalną), psychofizjologiczną (akcentującą wpływ muzyki na fizjologię człowieka), psychologię muzyki (podkreślającą oddziaływanie muzyki na psychikę człowieka, np. funkcje muzyki w życiu i historii ludzkości, słuchową percepcję i pamięć muzyczną, wyobraźnię słuchową, źródła muzycznych zdolności i rozwoju muzycznych umiejętności, znaczenie muzyki i muzycznych preferencji dla tożsamości jednostki³⁸⁴), neuronaukę (zajmującą się percepcją muzyki na poziomie neurologicznym, czyli funkcjonowaniem mózgu i procesami zachodzącymi w mózgu podczas przetwarzania muzyki) oraz estetykę (filozoficzno-estetyczne postrzeganie muzyki)³⁸⁵.

K. Aigen (amerykański badacz i muzykoterapeuta podejścia Nordoff-Robbins) w odniesieniu do założeń teoretycznych muzykoterapii wymienia perspektywę psychodynamiczną, społeczną i skoncentrowaną na muzyce³⁸⁶. Barbara Wheeler (amerykańska muzykoterapeutka i badaczka) wyróżnia podejścia: psychodynamiczne, humanistyczne, poznawczo-behawioralne oraz rozwojowe³⁸⁷. Elżbieta Galińska (polska muzykoterapeutka, twórczyni modelu muzykoterapeutycznego Portret Muzyczny) przywołuje sześć koncepcji teoretycznych:

1. Kierunek psychagogiczny. W tym podejściu założenia muzykoterapii opierają się na koncepcjach antycznych, według których muzyka jest częścią świata i kosmosu o wymiarze boskim, doskonałym. Ten boski wymiar ma wpływ na człowieka i jego funkcjonowanie.

³⁸⁴ T. Wigram, I.N. Pendersen, L.O. Bonde, *A Comprehensive Guide to Music Therapy...*, op. cit., s. 45–46.

³⁸⁵ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 22–24.

³⁸⁶ K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, op. cit., s. 37.

³⁸⁷ B. Wheeler, *Music therapy as a profession*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York 2016, s. 5–16.

2. Kierunek psychofizjologiczny. To ujęcie skupia się na oddziaływaniu muzyki na psychofizyczny stan człowieka. Zakłada, że choć wszelkie procesy fizjologiczne zachodzące w człowieku podczas doświadczania aktywności muzycznych mają charakter bezwarunkowy i nieświadomy, to można nimi kierować poprzez odpowiedni dobór metod i technik.
3. Kierunek psychoanalityczny. Według tego nurtu muzyka i jej elementy działają na podświadomą strukturę człowieka, docierając do wypartych treści, które stanowią źródło konfliktów jednostki ze światem zewnętrznym.
4. Kierunek behawioralny. W tym podejściu muzyka stanowi czynnik pozytywnego wzmocnienia i jest wykorzystywana jako element wspomagający procesy poznawcze, umiejętności językowe czy inne działania.
5. Kierunek komunikacyjny. W ramach tego nurtu muzyka pojmowana jest jako niewerbalny kanał komunikacyjny, dzięki któremu istnieje możliwość wyrażania siebie, przekazywania informacji lub dzielenia się nimi z innymi.
6. Kierunek poznawczy. Zgodnie z tą koncepcją, muzyka jest nośnikiem pewnych informacji, które mogą zmienić świadomość uczestnika oraz jego myślenie na bardziej konstruktywne, co z kolei wpłynie na jego ogólne funkcjonowanie³⁸⁸.

Tony Wigram, Nygaard Inge Pendersen i Lars Ole Bonde wyróżniają trzy koncepcje teoretyczne: behawioralną (pozytywne wzmacnianie i stopniowe wygaszanie niepożądanych działań), psychoterapeutyczną (docieranie do warstw podświadomości oraz rozwiązywanie wewnętrznych konfliktów uczestnika) oraz edukacyjną (forma rozwoju wewnętrznego potencjału człowieka)³⁸⁹.

Ze względu na przydatność operacyjną założeń teoretycznych koncepcji B. Wheeler zostaną one szczegółowo opisane w dalszej części tego rozdziału z wyszczególnieniem czterech perspektyw terapeutycznych: psychodynamicznej, humanistycznej, poznawczo-behawioralnej oraz rozwojowej.

Perspektywa psychodynamiczna koncentruje się na oddziaływaniu przeszłych doświadczeń na życie psychiczne jednostki. Najslynniejszą teorią w tym nurcie jest psychoanaliza stworzona przez Zygmunta Freuda (1856–1939), która zakłada, że wszelkie problemy pacjenta wiążą się z napięciami psychicznymi oraz konfliktami pomiędzy nieświadomymi impulsami, popędami a ograniczeniami wynikającymi z etapu życia

³⁸⁸ E. Galińska, *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 155–178.

³⁸⁹ T. Wigram, I.N. Pendersen, L.O. Bonde, *A Comprehensive Guide to Music Therapy...*, op. cit., s. 30–31, podają za: K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja...*, op. cit., s. 38.

jednostki³⁹⁰. Według Freuda wspomniany konflikt tworzy się podczas kształtowania się w dzieciństwie trzech warstw osobowości: id (odpowiedzialnego za hedonistyczne popędy i impulsywność), superego (kontrolującego i hamującego działania id) oraz ego (mającego zapewnić równowagę pomiędzy dwiema pozostałymi skrajnymi siłami osobowości)³⁹¹. Celem psychoanalizy jest ujawnienie treści nieświadomości poprzez uświadomienie sobie wspomnianych wyżej konfliktów, wypartych myśli oraz uzyskanie wglądu w związek pomiędzy aktualnymi trudnościami a wypartymi lękami i zaburzeniami z wcześniejszego okresu życia. Proces ten przebiega stopniowo i dąży do uzyskania przez jednostkę wewnętrznej harmonii³⁹². Cel ten jest uzyskiwany przez odpowiednie techniki pracy, np. technikę swobodnych skojarzeń, analizę marzeń sennych, pracę z oporem, przeniesieniem oraz przeciwprzeniesieniem³⁹³.

Drugą ważną teorią psychodynamiczną jest teoria relacji obiektu. Według niej podstawową motywacją człowieka jest relacja, której celem jest internalizacja siebie – czyli „ja” (*self*) – i obiektu oraz interakcja pomiędzy „ja” a obiektem³⁹⁴. Obiekt jest tutaj „intrapSYchiczną reprezentacją innych ludzi, obiektem pożądania”. Pierwsze relacje podmiotu to relacje z matką stanowiące podstawę budowania relacji z innymi³⁹⁵. Według Donalda Winnicota znaczenie relacji z opiekunem/matką jest kluczowe dla rozwoju psychicznego dziecka, który zależy od jakości opieki dostarczanej przez opiekuna/matkę. Wystarczająco dobra matka umożliwia dziecku rozwój w sprzyjającym środowisku, przez odpowiednie reagowanie na potrzeby dziecka, tworząc tzw. moment iluzji, w ramach którego dziecko czuje, że jego potrzeby są realizowane, przez co formuje się w nim „prawdziwe ja” (*true self*). Natomiast matka niezdolna do spostrzegania i realizowania potrzeb swojego dziecka przyczynia się do powstania u niego „fałszywego ja” (*false self*). Zadaniem terapii opartej na teorii relacji jest zwiększenie świadomości pacjenta w obszarze relacji z innymi, odnoszenie relacji z dzieciństwa do aktualnych relacji w życiu pacjenta, odnalezienie przez niego swojego wewnętrznego „ja”, które jest wczesną potrzebą rozwojową jednostki³⁹⁶.

Kolejna teoria z tego nurtu – teoria psychologii „ja” reprezentowana przez Heinza Kohuta – zakłada, że psychopatologia jest wynikiem defektu lub słabości „ja”, co wiąże się

³⁹⁰ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 672.

³⁹¹ M. Tyszkowa, M. Przetacznik-Gierowska, *Wybrane koncepcje i teorie rozwoju psychicznego człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 194.

³⁹² P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 672.

³⁹³ Ibidem, s. 673–674.

³⁹⁴ C. Isenberg, *Psychodynamic approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 136.

³⁹⁵ J.W. Aleksandrowicz, *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005, s. 181–182.

³⁹⁶ C. Isenberg, *Psychodynamic approaches*, op. cit., s. 136–137.

z niepowodzeniami relacji z obiektem czy innymi we wczesnym okresie dzieciństwa. Według Kohuta istnieją trzy najważniejsze potrzeby „ja”: odzwierciedlanie (*mirroring*), idealizacja (*idealization*) oraz alter ego (*twinsip*). Zaspokojenie tych potrzeb prowadzi do osiągnięcia przez jednostkę niezależności, empatii, lepszych umiejętności społecznych oraz spójnego obrazu siebie³⁹⁷.

Muzykoterapia oparta na podejściu psychodynamicznym skupia się na rozpoznawaniu wpływu doświadczeń z przeszłości na funkcjonowanie pacjenta w teraźniejszości. Stara się zrozumieć i wydobyć za pomocą muzycznych elementów i doświadczeń nieuświadomione konflikty, które ujawniają się w zachowaniu, myśleniu czy odczuwaniu jednostki³⁹⁸, a poprzez to doprowadzić pacjenta do uzyskania wglądu w samego siebie. Podczas muzykoterapii uaktywniają się mechanizmy przeniesienia i przeciwprzeniesienia, które są odpowiednio przepracowywane z terapeutą³⁹⁹. Modelami, które wywodzą się z tego nurtu, są: muzykoterapia zorientowana analitycznie (*Analytical Music Therapy*) stworzona przez Mary Priestley oraz wizualizacja kierowana z muzyką (*Guided Imagery and Music*) utworzona przez Helen Bonny⁴⁰⁰.

Kierunek **psychologii humanistycznej**, powstały w latach 50. XX wieku, jest podejściem alternatywnym, ukazującym nowy sposób myślenia o jednostce i o świecie, przeciwstawiając się modelowi psychodynamicznemu (według którego życiem i funkcjonowaniem człowieka kierują instynktowne, podświadome siły) oraz behawiorystycznemu (według którego człowiek jako jednostka jest manipulowany przez środowisko). Zgodnie z założeniami psychologii humanistycznej i jej pioniera – Carla Rogersa (1902–1987)⁴⁰¹ – człowiek to istota dobra, mająca zdolność decydowania o sobie i dokonywania wyborów, a przede wszystkim dążąca do samorealizacji, czyli rozwijania swojego wewnętrznego potencjału. Podejście to skoncentrowane jest na osobie (*person-centered therapy*), a jego głównym celem jest „przyczynianie się do zdrowego rozwoju psychicznego jednostki”⁴⁰². Psychologowie humanistyczni sądzą, że prawidłowy rozwój jednostki jest możliwy wyłącznie w kontakcie z drugim człowiekiem – w tym przypadku z terapeutą i jego bezwarunkową pozytywną postawą⁴⁰³. Obecność drugiego człowieka stanowi fundament rozwoju osobowości. Jednostka powinna prezentować postawę

³⁹⁷ Ibidem, s. 138.

³⁹⁸ Ibidem, s. 139.

³⁹⁹ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 22.

⁴⁰⁰ C. Isenberg, *Psychodynamic approaches*, op. cit., s. 141–142. Wszystkie wymienione modele zostały opisane w podrozdziale 2.4 *Modele i doświadczenia muzykoterapeutyczne*.

⁴⁰¹ B. Abrams, *Humanistic Approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 149.

⁴⁰² P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 688.

⁴⁰³ Ibidem.

samoakceptacji według zasady „tu i teraz”. Bycie autentycznym, akceptacja siebie i innych, realizacja własnych celów, zdolność do wyrażania swoich emocji, otwartość na doświadczenia sprawiają, że jednostka jest zdolna do tworzenia⁴⁰⁴. W ujęciu humanistycznym terapia powinna mieć charakter niedyrektywny i opierać się na pełnej akceptacji drugiego człowieka oraz empatii, bez sądzenia jego czynów czy sposobu myślenia. Jej zadaniem jest usuwanie trudności, które ograniczają możliwość samodoskonalenia uczestnika terapii. Podstawową strategią w tym podejściu jest rozpoznawanie, akceptowanie i wyjaśnianie uczuć jednostki⁴⁰⁵. Innym znanym pionierem psychologii humanistycznej jest Abraham Maslow (1908–1970), który sformułował jej zaawansowane założenia teoretyczne opierające się na hierarchii potrzeb i motywacji człowieka⁴⁰⁶ – od potrzeb warunkujących przetrwanie po potrzeby związane z samorealizacją. Podejście humanistyczne ma cztery znaczące cechy odróżniające je od innych kierunków psychologicznych. A mianowicie jest: holistyczne, dyspozycjonistyczne (opiera się na wewnętrznych cechach osobowości, które wpływają na zachowanie człowieka), fenomenologiczne (uważa jednostkę za najważniejszą i bierze pod uwagę jej subiektywną wizję świata) oraz egzystencjalne (traktuje wyższe procesy psychiczne jako narzędzia pozwalające interpretować przeżyte doświadczenia)⁴⁰⁷.

Dynamiczny rozwój nurtu psychologii humanistycznej (zwłaszcza w odmianie fenomenologicznej czy egzystencjalnej) doprowadził do powstania nowego, połączonego podejścia – psychologii egzystencjalno-humanistycznej, skoncentrowanej na podkreślaniu zasobów człowieka, jego sił i zdrowych tendencji⁴⁰⁸. Wyodrębniła się również psychologia transpersonalna (*transpersonal psychology*), oparta na duchowości i niezwykłych stanach świadomości⁴⁰⁹ oraz ekspresyjna arteterapia skoncentrowana na osobie (*person-centered expressive art therapy*), której zadaniem jest ułatwienie jednostce zmiany i wspomaganie jej rozwoju poprzez kreatywność i twórczą ekspresję⁴¹⁰.

Perspektywa humanistyczna w muzykoterapii determinuje najważniejsze obszary w procesie muzykoterapeutycznym: uczestników, muzykę, cele oraz sam proces. Muzyka w tym ujęciu jest rozumiana jako sposób bycia, całość składająca się z wielu części, jako spójna werbalna forma, która pozwala jednostce wyrazić siebie, swoje możliwości, trudności

⁴⁰⁴ B. Abrams, *Humanistic Approaches*, op. cit., s. 149

⁴⁰⁵ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 688.

⁴⁰⁶ B. Abrams, *Humanistic Approaches*, op. cit., s. 149.

⁴⁰⁷ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 534–535.

⁴⁰⁸ Ibidem.

⁴⁰⁹ R. Walsh, F. Vaughan, *On transpersonal definitions*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1993, nr 25 (2), s. 125–182.

⁴¹⁰ J. Sommers-Flanagan, *The development and evolution of person-centered expressive art therapy: A conversation with Natalie Rogers*, „Journal of Counseling and Development” 2007, nr 85 (1), s. 120–125.

oraz jako rodzaj komunikacji umożliwiającej zbudowanie relacji pomiędzy uczestnikiem a terapeutą⁴¹¹. Modelem, które wywodzi się z tego nurtu, jest muzykoterapia kreatywna Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa⁴¹².

Perspektywa poznawczo-behawioralna, stanowiąca połączenie podejść psychologii behawioralnej i poznawczej, zakłada, że myśli, idee, odczucia i zachowania są ze sobą związane i kontrolowane przez jednostkę. Terapia behawioralna opiera się przede wszystkim na zachowaniach i skupia się na obserwowalnych działaniach zewnętrznych, a nie na wewnętrznych przyczynach trudności jak w przypadku podejścia psychodynamicznego. Podejście behawioralne polega na warunkowaniu, wzmacnianiu zachowań pożądanых. Dzięki technikom behawioralnym jednostka „uczy się”, tzn. stara się naśladować zachowania normalne i odróżniać je od zachowań patologicznych⁴¹³. Głównym celem behawiorystów jest rozwinięcie umiejętności przystosowania się do środowiska społecznego i wykorzystywanie umiejętności społecznych do funkcjonowania. Proces uczenia się odpowiednich wzorców zachowania odbywa się za pośrednictwem takich technik, jak: warunkowanie klasyczne (uczenie się nowych bodźców) i instrumentalne (uczenie się reakcji pożądanых, a unikanie niepożądanых)⁴¹⁴, przeciwwarunkowanie, strategie wzmacniania pozytywnego, strategie wygaszania, systematyczne odwracanie, terapia implozywna, terapia oparta na teorii społecznego uczenia się oraz modelowanie⁴¹⁵. Terapeuta pełni rolę trenera, który kontroluje wzmocnienia i pomaga uczestnikowi nauczyć się nowych zachowań (w psychologii behawioralnej, w przeciwieństwie do humanistycznej, interakcja pomiędzy terapeutą a uczestnikiem jest drugoplanowa)⁴¹⁶.

Psychologia poznawcza natomiast stara się zmieniać nieodpowiednie odczucia, myśli, zachowania poprzez zmianę sposobu myślenia. Według jej głównych założeń wszelkie trudności pojawiające się u jednostki wynikają z nieprawidłowości treści poznawczej oraz procesu poznawczego (czyli tego, jak myślimy)⁴¹⁷. Celem terapii poznawczej jest zmiana fałszywych przekonań i irracjonalnych schematów myślenia o sobie samym i relacji z innymi na konstruktywne – pozwalające na stosowanie danych strategii w innych sytuacjach. Podejście poznawczo-behawioralne (*cognitive-behavioral approaches*) czerpiące z obu podejść ma następujące wyznaczniki: (1) duże znaczenie współpracy terapeuty

⁴¹¹ B. Abrams, *Humanistic Approaches*, op. cit., s. 152.

⁴¹² L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 22.

⁴¹³ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 676.

⁴¹⁴ M. Tyszkowa, M. Przetacznik-Gierowska, *Wybrane koncepcje i teorie rozwoju...*, op. cit., s. 201.

⁴¹⁵ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, op. cit., s. 678–683.

⁴¹⁶ Ibidem, s. 684.

⁴¹⁷ Ibidem, s. 687.

z uczestnikiem terapii; (2) indywidualne podejście i konceptualizacja rozwiązania problemów uczestnika; (3) terapia nastawiona na cel i problem terapeutyczny; (4) skupienie się na teraźniejszości; (5) terapia edukacyjna, w której uczestnik uczy się być dla siebie terapeutą; (6) działania prewencyjne w przypadku powrotu objawów trudności; (7) proces krótkoterminowy i ograniczony czasowo; (8) jasna struktura sesji; (9) uczestnicy identyfikują i oceniają swoje dysfunkcjonalne i irracjonalne myśli i odczucia oraz mierzą się z nimi; (10) techniki poprawiające zmianę myślenia, nastroju, zachowania; (11) wykorzystywanie sokratejskiej metody zadawania pytań⁴¹⁸.

Stosowanie tego podejścia w muzykoterapii oznacza skoncentrowanie się na rozwijaniu zdolności i talentów uczestnika terapii. Proponowane muzyczne doświadczenia stanowią formę metafory działań funkcjonujących poza procesem muzykoterapeutycznym. Działania muzyczne, takie jak pisanie piosenek, zastępowanie słów piosenek nowym tekstem, zróżnicowane formy improwizacji, umożliwiają uczestnikowi realizację nowych, twórczych i odtwórczych aktywności. Muzyka funkcjonuje tutaj jako pozytywne wzmocnienie, bodziec do pracy nad danym zachowaniem oraz do modyfikacji nastroju.

Perspektywa rozwojowa podkreśla znaczenie świadomości dla rozwoju dziecka – zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej. Podejście rozwojowe jest powiązane z etapami wczesnego dzieciństwa, budowaniem więzi z innymi oraz rozwojem muzycznych umiejętności. Współczesne teorie rozwojowe, odnosząc się do rozwoju biologicznego dziecka oraz rozwoju elementów muzycznych, takich jak: rytm, melodia, dynamika, frazowanie czy muzyczna interakcja, pokazują, w jaki sposób człowiek uczy się nawiązywania relacji, przywiązywania się, dostosowywania się i komunikowania⁴¹⁹. Perspektywa rozwojowa bazuje na takich procesach i teoriach, jak: proces separacji i indywiduacji (koncepcja rozwojowa Margaret Mahler, w której dziecko zaczyna dostrzegać odrębność siebie i odróżniać siebie od matki), teoria przywiązania (sformułowana przez Johna Bowlby’ego i Mary Ainsworth, którzy wskazywali, że przywiązanie jest długotrwałym i silnym emocjonalnym związkiem ze znaczącą dla dziecka osobą)⁴²⁰, teoria rozwoju *self* (autorstwa Daniela Sterna, który wyróżniał kilka faz rozwoju *self*: od fazy ujawniającego się *self*, kiedy dziecko potrzebuje dużego wsparcia ze strony matki i realizacji potrzeby bezpieczeństwa po fazę *self* werbalnego, kiedy dziecko komunikuje się werbalnie, ujawniając swą zdolność do

⁴¹⁸ S. Hasser, *Cognitive-Behavioral Approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 165–166.

⁴¹⁹ C.A. Briggs, *Developmental Approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 172–173.

⁴²⁰ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 122–123.

autorefleksji)⁴²¹. W tym podejściu kluczową rolę w rozwoju psychofizycznym dziecka przypisuje się jego matce – jej reakcje na dziecko i odpowiedzi w postaci uczuć, zachowań oraz działań wpływają na kształtowanie się odrębności jednostki i jej przyszłe funkcjonowanie w dorosłym życiu. W przypadku rozwoju muzycznego odzwierciedlają to różnice w sposobie, w jaki niemowlęta oraz małe dzieci reagują na muzykę i jej elementy. Badania prowadzone przez Cynthię Briggs i Kennetha Bruscię⁴²² oraz Lori Gooding i Jayne Standley⁴²³ wskazują, że dzieci w określonych fazach rozwoju reagują na dźwięki i muzykę, dostrzegają różnice w melodii, tonalności, harmonii, schematach rytmicznych, rozwijają swoje wokalne, instrumentalne i ruchowe zdolności oraz kształtują muzyczne umiejętności i/lub inne czynniki z nimi związane⁴²⁴.

W muzykoterapii podejście rozwojowe było wykorzystywane m.in. przez Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa, którzy tworząc podstawy muzykoterapii kreatywnej, opracowali dwie muzyczne skale rozwojowe (skalę I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym*⁴²⁵ oraz skalę II: *Muzyczna komunikatywność*⁴²⁶) ukazujące etapy całościowego rozwoju dziecka za pomocą muzycznych umiejętności⁴²⁷. Juliette Alvin w trakcie swojej pracy z dziećmi z autyzmem opracowała etapy muzykoterapii⁴²⁸ dla dzieci z tym zaburzeniem⁴²⁹. C. Briggs opisała muzyczny rozwój dziecka, wyróżniając w nim cztery fazy: odruchu (0–9 miesiąca życia), intencji (9–18 miesiąca życia), kontroli (18–36 miesiąca życia) oraz integracji (36–72 miesiąca życia) – poszczególne fazy odnoszą się zarówno do sfery poznawczej, społeczno-emocjonalnej czy ruchowej, jak i do umiejętności muzycznych: słuchowych, wokalnych, tonalnych, rytmicznych oraz umiejętności związanych z poznawczym postrzeganiem muzyki⁴³⁰. Elizabeth Schwartz stworzyła muzyczny model rozwojowy oparty na pięciu fazach: świadomości, zaufania, niezależności, kontroli i odpowiedzialności. W ramach swoich eksploracji badawczych Schwartz przypisywała do

⁴²¹ C.A. Briggs, *Developmental Approaches*, op. cit., s. 175.

⁴²² C. Briggs, K. Bruscia, *Developmental models for understanding musical behavior*, praca zaprezentowana na The Joint Conference on the Creative Arts Therapies, podają za: C.A. Briggs, *Developmental Approaches*, op. cit., s. 178.

⁴²³ L. Gooding, J.M. Standley, *Musical Development and Learning Characteristics of Students. A Compilation of Key Points from the Research Literature Organized by Age*, „Update: Applications of Research in Music Education” 2011, nr 30 (1), s. 32–45.

⁴²⁴ C.A. Briggs, *Developmental Approaches*, op. cit., s. 177.

⁴²⁵ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 374.

⁴²⁶ Ibidem, s. 400.

⁴²⁷ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008, s. 60–61.

⁴²⁸ J. Alvin, A. Warwick, *Music Therapy for the Autistic Child*, Oxford University Press, New York 1991, s. 12–21.

⁴²⁹ Szerzej metodę tę opisano w podrozdziale 3.1.1 *Muzykoterapia improwizacyjna*.

⁴³⁰ C. Briggs, *A model of understanding musical development*, „Music Therapy” 1991, nr 10 (1), s. 1–21.

poszczególnych faz określone muzyczne umiejętności⁴³¹. Stefanie S. Elmer opracowała teorię rozwojową opartą na rozwoju umiejętności śpiewania w podziale na siedem etapów (każdy z nich odnosi się do umiejętności pozamuzycznych – komunikacyjnych, społecznych, sensomotorycznych oraz poznawczych)⁴³². Perspektywa rozwojowa i perspektywa humanistyczna stanowią podstawę teoretyczną badań opisanych w niniejszej pracy.

2.3 Klasyfikacja muzykoterapii – umiejscowienie muzyki w terapii i rola terapeuty

Dla zrozumienia istoty muzykoterapii ważne jest poznanie różnych podejść do pozycji samej muzyki i jej znaczenia w procesie terapeutycznym, tym bardziej że podejścia te stanowią podstawę klasyfikacji muzykoterapii. Muzyka w muzykoterapii może być postrzegana jako forma tworzenia, doświadczania muzyki, wspólnego osadzenia się w niej, dzielenia się muzyczną relacją z innymi, która sprawia, że jednostka może się rozwijać i przyczyniać się do poprawy swojego zdrowia⁴³³. Cheryl Dileo wskazała na cztery obszary obecności muzyki w procesie zdrowotnym⁴³⁴: (1) leczenie muzyką przez personel medyczny i muzykoterapeutów; (2) muzyka wykorzystywana w środowisku medycznym oraz edukacji zdrowotnej; (3) praktyczne działania muzyczne organizowane dla pacjentów i personelu, stosowane przez muzyków, muzykoterapeutów i innych; (4) badania związane z oddziaływaniem muzyki na pacjenta⁴³⁵. Dileo proponuje także wyróżnienie medycznej muzyki i medycznej muzykoterapii⁴³⁶:

1. Medyczna muzyka (*music medicine*) to stosowanie technik receptywnych (opartych na słuchaniu muzyki) przez personel medyczny, a nie wyspecjalizowanych muzyków czy muzykoterapeutów. Jest to interwencja stosowana u pacjentów w celu zmniejszenia ich niepokoju, bólu, autonomicznej reaktywności oraz poprawy dobrostanu. Ten obszar nie ma charakteru procesu, zatem nie obejmuje nawiązywania relacji.

⁴³¹ E. Schwartz, *Music, Therapy and Early Childhood. A Developmental Approach*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 107–116.

⁴³² S. Elmer, *Human singing: Towards a developmental theory*, „Psychomusicology: Music, Mind and Brain” 2011, nr 21 (1–2), s. 13–30.

⁴³³ B. Stige, *Culture-centered Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum 2002, s. 190.

⁴³⁴ B. Wheeler, *Music Therapy as...*, op. cit., s. 8.

⁴³⁵ Ch. Dileo, *A proposed model for identifying practices: A content analysis of the first 4 years of Music and Medicine*, „Music and Medicine” 2013, nr 5 (2), s. 110–118.

⁴³⁶ Ch. Dileo, *Introduction*, [w:] *Music therapy and medicine: Theoretical and clinical applications*, Ch. Dileo (red.), AMTA, Silver Spring 1999, s. 1–10.

2. Medyczna muzykoterapia (*medical music therapy*) to zaprojektowany proces terapeutyczny, w którym certyfikowany muzykoterapeuta stosuje cały szereg doświadczeń muzycznych (słuchanie, granie, improwizowanie, tworzenie), pracując również nad terapeutyczną interakcją. W tym obszarze ważna jest sama osoba muzykoterapeuty oraz jego możliwości⁴³⁷.

Z medyczną muzykoterapią wiąże się teoria biomedyczna. Według Michaela Thauta muzykoterapia w ramach teorii biomedycznej jest podstawową formą wykorzystywania muzyki jako interwencji medycznej – to wymaga osadzenia muzyki w praktyce i badaniach, zastosowania odpowiednich procedur oraz obiektywnych form sprawdzających skuteczność terapii, czyli systematycznej metodologii badań klinicznych, która pozwoli na uzyskanie obiektywnych wyników⁴³⁸. Leslie Bunt (1994) z kolei kwestionuje sensowność podejścia medycznego, podając w wątpliwość to, czy muzykoterapia może być traktowana jako lekarstwo. Jako przedstawiciel podejścia psychodynamicznego podkreśla, że wpływ muzyki jest bardziej miarodajny w odniesieniu do parametrów psychologicznych niż medycznych. Zastanawia się również, czy zmiany psychologiczne mogą być rzetelnymi wskaźnikami fizycznych (cielesnych) reakcji jednostki⁴³⁹.

Randi Rolvsjord otwarcie piętnuje perspektywę medyczną, zwracając uwagę na ujawniającą się w niej tendencję do patologizacji człowieka i jego zachowań – nazywa to „ideologią choroby” (*illness ideology*). Przejawia się to w skupianiu się na zaburzeniach i deficytach zamiast na mocnych stronach i zasobach człowieka. W tego typu ideologii zadaniem terapeuty jest diagnozowanie pacjenta i „przepisywanie” leczenia, które wyeliminuje lub zmniejszy zaburzenie. Według badacza należy odejść od tej ideologii, a terapeuci powinni zmienić perspektywę i podkreślać istotę jednostki – jej podmiotowość. Jest on zwolennikiem podejścia holistycznego realizowanego w modelu muzykoterapii opartej na zasobach. Postrzeganie muzykoterapii z perspektywy medycznej staje się dla niej destrukcyjne – i to wcale nie ze względu na trudności wiążące się ze sprawdzaniem skuteczności terapii, a ze względu na wpisany w to podejście sposób postrzegania człowieka. Rolvsjord prześmiewczo opisuje w nim rolę terapeuty przyznającego sobie status eksperta, który wie, jaką procedurę terapeutyczną zastosować, aby osiągnąć zamierzony cel, podczas gdy rola uczestnika terapii jest ograniczona do dostarczania terapeutcie informacji i motywowania do prowadzenia leczenia oraz podporządkowania się mu. W tym ujęciu

⁴³⁷ Ibidem.

⁴³⁸ M. Thaut, *A scientific model of music in therapy and medicine*, IMP Press, San Antonio 2000, podaję za: K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, op. cit., s. 18.

⁴³⁹ Ibidem.

interwencja terapeutyczna jest konstruowana pod konkretną diagnozę i dokładnie zaplanowana z uwzględnieniem czasu jej trwania oraz jednakowa dla każdej jednostki bez względu na różnice indywidualne czy kontekst. Terapia rozumiana jako interwencja medyczna, oparta na dowodach i mająca jasno określone cele bez wątpienia pozwala na wyciągnięcie wniosków, które można generalizować (co stanowi jedno z głównych założeń EBP – *Evidence Based Practice*), jednak muzykoterapia jest przede wszystkim pracą z człowiekiem – odrębną jednostką, którą należy rozpatrywać indywidualnie. Choćby z tego powodu w muzykoterapii traktowanie jako podstawy terapii działań opartych na dowodach jest bardzo trudne – o ile nie niemożliwe – zwłaszcza jeżeli nie uwzględnia się odrębności jednostki⁴⁴⁰.

K. Bruscia odchodzi od ujęcia medycznego, a skłania się ku psychologicznemu i przedstawia cztery formy obecności muzyki w psychoterapii, określające jej status w procesie terapeutycznym: (1) muzyka jako psychoterapia – muzyka jest w centrum działań, nie stosuje się słownych wyjaśnień ani wskazówek; (2) psychoterapia skoncentrowana na muzyce – muzyka stanowi bardzo ważny element terapii, słowne wyjaśnienia i komentarze są stosowane i wzmacniają muzyczne doświadczenie; (3) muzyka w psychoterapii – muzyka i dyskusja terapeutyczna są równorzędne, słowa służą rozpoznaniu i wzmocnieniu wewnętrznego doświadczenia/przeżycia jednostki podczas procesu; (4) psychoterapia z muzyką – muzyka może stanowić dodatek do dominujących działań psychoterapeutycznych⁴⁴¹.

Inny sposób postrzegania miejsca i znaczenia, a co za tym idzie – klasyfikowania muzykoterapii, zaproponowała B. Wheeler, wychodząc od rodzaju i funkcji działań psychoterapeutycznych. Wymienia ona trzy typy muzykoterapii:

1. **Muzykoterapia jako terapia aktywna** – aktywne formy działań, które wymagają od uczestnika i terapeuty wykonywania określonych czynności w postaci tworzenia muzyki, grania na instrumentach, śpiewania czy improwizowanego ruchu do muzyki.
2. **Muzykoterapia wglądowa z celami reedukacyjnymi** – muzyka stanowi element wspomagający działania terapeutyczne mające na celu wywoływanie przeżyć jednostki, które w dalszej części procesu mają zostać zwerbalizowane np. w trakcie rozmowy. Uświadomione emocje oraz przeżycia ułatwiają jednostce zmianę podejścia lub zachowania.

⁴⁴⁰ R. Rolvsjord, *Resource-oriented music therapy in mental health care*, Barcelona Publishers, Gilsum 2010, podają za: K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, op. cit., s. 21.

⁴⁴¹ K. Bruscia, *An introduction to music psychotherapy*, [w:] *The dynamics of music psychotherapy*, K. Bruscia (red.), Barcelona Publishers, Gilsum 1998, s. 1–15.

3. **Muzykoterapia wglądowa z celami rekonstrukcyjnymi** – forma psychoterapii, której celem jest wywołanie treści wypartych do podświadomości oraz ich przepracowanie i przeżycie w zupełnie nowy, bezpieczny sposób⁴⁴².

K. Bruscia określa znaczenie muzyki na podstawie jej roli w terapii. Wyróżnia cztery poziomy zastosowania działań muzycznych, które decydują o tym, czy zostaną one sklasyfikowane jako muzykoterapia:

- **pomocniczy** – działania muzyczne nie mają formy oddziaływań terapeutycznych, są stosowaniem muzyki i jej elementów;
- **augmentatywny** – muzyka jest formą wspomagającą inne dziedziny eksploracji, np. rozwijanie wewnętrznego potencjału jednostki czy wspieranie doświadczeń muzycznych uczestnika;
- **intensywny** – muzyka jest niezależną formą oddziaływania i znajduje się w centrum działań terapeutycznych; stanowi narzędzie terapeutyczne; główny nacisk położony jest na osiągnięcie zmian u uczestnika; w odniesieniu do procesu terapeutycznego jest klasyfikowana jako muzyka w terapii (ze względu na muzyczne doświadczenia, rolę terapeuty oraz tworzącą się więź terapeuta–uczestnik, stanowiącą również cel terapii);
- **główny** – muzyka jest główną formą oddziaływania i odgrywa kluczową rolę w terapii: zaspokaja wewnętrzne potrzeby jednostki, a przez to powoduje zmiany w zachowaniu i wpływa na całościowe funkcjonowanie uczestnika; w odniesieniu do procesu terapeutycznego jest klasyfikowana jako terapia (ze względu na proces dążenia do pewnych zmian oraz stopniowo tworzącą się relację terapeuta–uczestnik)⁴⁴³.

O klasyfikacji muzykoterapii decyduje nie tylko miejsce muzyki, lecz także pozycja terapeuty. Bruscia rozróżnia dwie postawy muzykoterapeuty w procesie muzykoterapeutycznym: (1) terapeuta wykorzystujący muzykę oraz (2) terapeuta jako muzyk.

Terapeuta wykorzystujący muzykę opiera swoje działania na określonych założeniach teoretycznych czerpanych z psychologii, psychoterapii, neurologii, podejść psychodynamicznych, medycznych czy behawioralnych. Formułuje cele niemuzyczne, takie jak: podwyższenie samooceny, wewnętrzny rozwój, ułatwienie emocjonalnej ekspresji,

⁴⁴² B. Wheeler, *A psychotherapeutic classification of music therapy practices: A continuum of procedures*, „Music Therapy Perspectives” 1983, nr 2, s. 8–12, podaję za: K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja...*, op. cit., s. 33–35.

⁴⁴³ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 167–171.

wzrost odpowiedzi/reakcji na poszczególne bodźce, zwiększenie zasięgu ruchu itp. Muzyka jest postrzegana jako narzędzie terapii (muzyka w terapii)⁴⁴⁴.

Natomiast muzyk jako terapeuta opiera swoje działania na określonych założeniach teoretycznych czerpanych z teorii muzyki, etnomuzykologii, socjologii muzyki (na tych założeniach opierają się modele takie jak: Nordoff-Robbins czy muzykoterapia społecznościowa – *Community Music Therapy*). Formułowane są cele muzyczne, takie jak: poszerzenie zasięgu wokálního, tempa, współimprowizowanie i występowanie w ramach utworzonego zespołu, tworzenie muzyki, nagrywanie, komponowanie utworów czy piosenek. Podkreśla się wartość samej muzyki zarówno w procesie terapeutycznym, jak i poza nim, stąd muzyka jest postrzegana jako terapia⁴⁴⁵.

Osoba terapeuty odgrywa znaczącą rolę w procesie muzykoterapeutycznym, niezależnie od wyznaczonych celów i modelu, w którym terapeuta pracuje z uczestnikiem. K. Stachyra podkreśla znaczenie muzykoterapeuty i wymienia jego ważne atrybuty: cechy osobowościowe (m. in. dojrzałość, cierpliwość, chęć nawiązywania kontaktu), wiedza (teoretyczne podstawy, koncepcje, znajomość wielu modeli, technik muzykoterapeutycznych), umiejętności (muzyczne, psychologiczne, pedagogiczne, medyczne, rehabilitacyjne, interpersonalne)⁴⁴⁶.

Sandra Lutz-Hochreutener wskazuje na rolę terapeuty w tworzeniu odpowiedniej atmosfery terapeutycznej, na którą składa się: „zainteresowanie, docenianie, otwartość, szacunek, empatia, współczucie, autentyczność, cierpliwość, jednoznaczność postawy i wypowiedzi, towarzyszenie, elastyczność, poczucie humoru oraz spokój”⁴⁴⁷. Muzykoterapeuta powinien instruować uczestnika, demonstrować działania oraz inspirować do muzycznej aktywności. Swoim opanowaniem, ciepłem i spokojem ma wspierać, wzmacniać, motywować klienta, a przede wszystkim okazywać mu pełną akceptację. Na terapeutę spoczywa ogromna odpowiedzialność – każde zaniedbanie ze strony terapeuty czy muzyczne niedociągnięcie odbijają się na procesie terapeutycznym i na relacji z klientem⁴⁴⁸.

Inne ważne klasyfikacje muzykoterapii biorą za kryterium poziom zaangażowania uczestnika oraz liczbę osób biorących udział w procesie. W pierwszym przypadku wyróżnia się muzykoterapię aktywną i receptywną. Podstawą muzykoterapii aktywnej jest angażowanie

⁴⁴⁴ K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, op. cit., s. 29–30.

⁴⁴⁵ Ibidem.

⁴⁴⁶ K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikacja...*, op. cit., s. 40.

⁴⁴⁷ T. Stegemann, M. Hitzeler, M. Blotvogel, *Arteterapie dla dzieci...*, op. cit., s. 153.

⁴⁴⁸ S. Procter, *The therapeutic musical relationship: a Two-sided Affair. A Consideration of the Therapist's Significance of the Musical Input in Co-Improvisation*, „Voices” 2002, nr 2 (3), <https://voices.no/index.php/voices/article/view/102/79> (data dostępu: 23.09.2017).

uczestnika w różne doświadczenia muzyczne, takie jak: gra na instrumentach, dialogi instrumentalne, śpiew, ruch do muzyki, improwizacje, dyrygowanie, komponowanie piosenek i utworów oraz inne produkcje dźwiękowe. Muzykoterapia receptywna bazuje na słuchaniu muzyki w sposób dowolny (niedyrektywny) lub zadaniowy (gdy zostaje narzucona konkretna aktywność). Przy drugim sposobie słuchania może się pojawić dyskusja terapeutyczna związana z odczuciami oraz relaksacja z elementami wizualizacji⁴⁴⁹. Ze względu na liczbę uczestników terapii wyróżnia się muzykoterapię indywidualną (uczestnik i terapeuta) oraz muzykoterapię grupową (grupa uczestników – od dwóch do szeroko pojętej społeczności – i terapeuta)⁴⁵⁰.

2.4 Modele i doświadczenia muzykoterapeutyczne

K. Aigen przedstawia ewolucję założeń i teorii muzykoterapeutycznych, które miały istotne znaczenie dla kształtowania się muzykoterapii i poszczególnych podejść oraz modeli. Autor wyróżnia trzy okresy rozwoju muzykoterapii:

1. Okres pierwszy (1945–1964) – założenia teoretyczne są zapożyczone z psychologii; istnieje niewiele opisanych konstruktów teoretycznych; powiązanie pomiędzy teorią a praktyką jest słabe; brak standardów edukacyjnych dotyczących nowo powstałych metod.
2. Okres drugi (1965–1981) – dominują modele medyczne, które rozwijają się w działaniach praktycznych; modele praktyczne wykształcają się w oparciu o oryginalne teorie; zauważa się znacznie silniejsze powiązanie teorii z praktyką; zaczynają być określone standardy edukacyjne dotyczące danych metod.
3. Okres trzeci (1982 – do czasów obecnych) – tworzenie się właściwej teorii muzykoterapeutycznej (teorie początkowo zapożyczane są od nauk społecznych, artystycznych oraz medycznych); podstawowe teorie są powiązane z wieloma modelami i ogólnymi formami praktycznymi⁴⁵¹. Do modeli muzykoterapeutycznych, które ukształtowały się w tym okresie, należą: muzykoterapia biomedyczna (*Biomedical Music Therapy* – David Taylor 1997), muzykoterapia neurologiczna

⁴⁴⁹ B.L. Wheeler, C.L. Shultis, D.W. Polen, *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, Barcelona Publishers, Gilsun 2005, s. 39–40.

⁴⁵⁰ Ibidem, s.157 i 167.

⁴⁵¹ K. Aigen, *The Study of Music Therapy*, op. cit., s. 218.

(*Neurological Music Therapy* – Michael Thaut 2000, 2008), muzykoterapia skoncentrowana na kulturze (*Culture-Centered Music Therapy* – Brynjulf Stige 2002), muzykoterapia społecznościowa (*Community Music Therapy* – Mercedes Pavlicevic, Gary Ansdell 2004); muzykoterapia skoncentrowana na muzyce (*Music-Centered Music Therapy* – Kenneth Aigen 2005); muzykoterapia dialogowa (*Dialogical Music Therapy* – Rudy Garred 2006); muzykoterapia feministyczna (*Feminist Music Therapy* – Susan Hadley 2006); muzykoterapia oparta na zasobach (*Resource-Oriented Music Therapy* – Randi Rolvsjord 2010); muzykoterapia humanistyczna (*Humanities-Oriented Music Therapy* – Even Ruud 2010)⁴⁵².

Do najpopularniejszych współcześnie modeli muzykoterapeutycznych, które zostaną krótko scharakteryzowane poniżej, zalicza się: muzykoterapię Nordoff-Robbins (perspektywa humanistyczno-egzystencjalna), wizualizację kierowaną z muzyką (*Guided Imagery and Music* – GIM lub *Bonny Method of Guided Imagery and Music* – BMGIM; perspektywa psychodynamiczna), muzykoterapię zorientowaną analitycznie (*Analytical Music Therapy* – AMT; perspektywa psychodynamiczna), muzykoterapię neurologiczną (*Neurological Music Therapy* – NMT, neuronaukowe założenia teoretyczne) oraz muzykoterapię społecznościową (*Community Music Therapy* – CoMT, perspektywa socjologiczna). Spośród polskich modeli najpowszechniejsze to: Portret Muzyczny (perspektywa poznawcza) oraz Mobilna Rekreacja Muzyczna (perspektywa behawioralno-poznawcza).

Każdy z powyższych modeli zakłada oddziaływanie na uczestnika terapii i pociąga za sobą określone działania i sposoby dotarcia do jednostki.

2.4.1 Muzykoterapia Nordoff-Robbins

Muzykoterapia lub podejście Nordoff-Robbins, inaczej muzykoterapia kreatywna, to model widzący w muzyce formę komunikacji z klientem postrzeganym jako człowiek, który pod maską zaburzeń i trudności ujawnia niespotykane zdolności i umiejętności. Twórcami tej metody byli amerykański kompozytor Paul Nordoff oraz angielski pedagog specjalny Clive Robbins. Model ten rozwijał się w latach 50. i 60. XX wieku, głównie w Anglii, Stanach Zjednoczonych, Australii oraz Niemczech. Twórcy muzykoterapii kreatywnej kładli nacisk na zaangażowanie jednostki w proces muzykoterapeutyczny przy jednoczesnym uwzględnianiu jej potrzeb i pragnień. Zaznaczali oni, że wykorzystując każdą, nawet najmniejszą aktywność uczestnika sesji, można tworzyć wspólny materiał muzyczny, dzięki któremu buduje się

⁴⁵² Ibidem, s. 220.

relację terapeutyczną opartą na wzajemnych powiązaniach i zrozumieniu⁴⁵³, stąd często ten model muzykoterapii określa się jako muzykoterapię skoncentrowaną na uczestniku, muzyce lub interakcyjną⁴⁵⁴. Początkowo terapeuci pracowali głównie z dziećmi z niepełnosprawnościami, jednak obecnie zasięg oddziaływań podejścia Nordoff-Robbins obejmuje duży przekrój wieku, szeroki zakres deficytów, zaburzeń, stanów chorobowych czy trudności społecznych. Model ten jest realizowany w zróżnicowanych kontekstach i sytuacjach z dostosowaniem formatu sesji – indywidualnie, w małych i dużych grupach czy w społecznościach⁴⁵⁵. Proces terapeutyczny opiera się na aktywnym tworzeniu muzyki – za pomocą szeroko pojętej improwizacji oraz tworzonego na podstawie improwizacji repertuaru.

Nordoff i Robbins podkreślali, że każda osoba, niezależnie od zaburzenia, niepełnosprawności, wieku, zainteresowań, osobowości, ma w sobie „wrodzoną, zindywidualizowaną muzykalność”, którą określali mianem „muzycznego dziecka”⁴⁵⁶. To „muzyczne dziecko” jest wrażliwe na wszelkie zmiany zachodzące w muzyce: w ruchu harmonicznym, rytmicznym, agogicznym czy dynamicznym. Poprzez akt twórczy dziecko to dokonuje autoekspresji, co sprawia, że osoba uczestnicząca w procesie doświadcza siebie jako bardziej aktywnej, skomunikowanej, kreatywnej, ekspresyjnej, społecznej, elastycznej i spontanicznej⁴⁵⁷. Fundamentem muzykoterapii kreatywnej jest muzyczna improwizacja, jej charakter i treść muzyczna. To właśnie w materiale muzycznym (w sposobie gry, zastosowania odpowiednich elementów muzycznych, wysokim poziomie umiejętności instrumentalnych samego terapeuty⁴⁵⁸) zawiera się istota procesu terapeutycznego⁴⁵⁹. Muzyczne wskaźniki, takie jak: czas, organizacja dźwięków, głośność, frazowanie, pozycja i relacja pomiędzy dźwiękami, kolorystyka, struktura⁴⁶⁰, to podstawowe narzędzia muzykoterapeutyczne. Improwizacja jako przeważająca technika muzykoterapeutyczna pozwala dziecku na doświadczenie różnych stanów emocjonalnych i przeżycie ich w formie niewerbalnej – za pomocą muzycznej aktywności, gdyż wszelkie nabyte umiejętności dziecko może przenosić na inne obszary swojego życia i na inne sfery rozwojowe⁴⁶¹.

⁴⁵³ C. Robbins, P. Nordoff, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 372.

⁴⁵⁴ R. Verney, G. Ansdell, *Conversations on Nordoff-Robbins Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum 2010, s. 9.

⁴⁵⁵ Ibidem, s. 8–9.

⁴⁵⁶ A. Bryndal, S. Procter, *Muzykoterapia Nordoff-Robbins*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin 2012, s. 20.

⁴⁵⁷ R. Verney, G. Ansdell, *Conversations on Nordoff-Robbins...*, op. cit., s. 9.

⁴⁵⁸ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 30.

⁴⁵⁹ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi...*, op. cit., s. 50.

⁴⁶⁰ Materiały szkoleniowe z Nordoff-Robbins Summer School 2015, *Possible musical descriptors*, s. 15–16.

⁴⁶¹ R. Verney, G. Ansdell, *Conversations on Nordoff-Robbins...*, op. cit., s. 9.

Ważnymi elementami sesji są: **muzyczna relacja** (motywowanie aktywności opartej na społecznym muzycznym dialogu⁴⁶² oraz wspólnej uwadze), **terapeutyczne piosenki i improwizacje** oraz bardzo **szczegółowe analizy sesji** (sama struktura sesji nie jest planowana, gdyż opiera się na podążaniu za dzieckiem, naśladowaniu, dostosowywaniu się do jego potrzeb i aktualnego stanu psychofizycznego)⁴⁶³. Jak piszą sami twórcy: „efektywność terapii zależy od głębi doświadczanej przez niego [uczestnika – S.K.S.] patologii, od wieku, osobowości i warunków zewnętrznych, w jakich żyje, a także od muzykalności, stopnia rozpoznania i postawy terapeuty. Bardzo istotne znaczenie ma tu również ilość czasu i energii poświęconych dziecku. Zaobserwowano, że tak ważne i istotne doświadczenie, jakim jest muzykoterapia, stosunkowo szybko wywiera wpływ na inne dziedziny jego życia. W niektórych przypadkach jej pozytywne działanie jest oczywiste i łatwo zauważalne, często jednak obserwacja wymaga wnikliwej umiejętności spostrzegania”⁴⁶⁴. Ta wspomniana wnikliwa obserwacja i odzwierciedlenie jej w muzycznym materiale stanowi kolejny znaczący aspekt podejścia Nordoff-Robbins.

2.4.2 Wizualizacja kierowana z muzyką (*Guided Imagery and Music* – GIM lub *Bonny Method of Guided Imagery and Music* – BMGIM)

Jest uznawana za jeden z najważniejszych modeli muzykoterapii receptywnej, w której uczestnik słucha specjalnie dobranej muzyki – zazwyczaj klasycznej – i pod jej wpływem wizualizuje lub generuje wewnętrzne doświadczenia⁴⁶⁵. Tę metodę stworzyła Helen Bonny w latach 70. XX wieku, kiedy chcąc dotrzeć do pokładów świadomości pacjenta, zastosowała muzykę klasyczną, która w jej opinii wywołuje szerokie spektrum emocji i jest podstawą bogatych wyobrażeń⁴⁶⁶. Początkowo metoda ta była stosowana w połączeniu ze środkami odurzającymi (LSD), jednak szybko okazało się, że działania muzyczne połączone z wizualizacją mogą zastąpić leki.

W tym modelu terapeutycznym uczestnik (w pozycji leżącej, z zamkniętymi oczami) pod wpływem odpowiednio dobranej muzyki (przez certyfikowanego muzykoterapeutę) odkrywa swoje zmienne stany świadomości⁴⁶⁷. Sesja terapeutyczna składa się z czterech faz.

⁴⁶² N. Guerrero, A. Turry, *Nordoff-Robbins Music Therapy. An Expressive and Dynamic Approach for Young children on the Autism Spectrum*, [w:] *Early Childhood...*, op. cit., s. 133–134.

⁴⁶³ N. Guerrero, D. Marcus, A. Turry, *Nordoff-Robbins Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 186–187.

⁴⁶⁴ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi...*, op. cit., s. 50.

⁴⁶⁵ K. Stachyra, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu...*, op. cit., s. 68

⁴⁶⁶ Ibidem.

⁴⁶⁷ M. Ventre, C.H. McKinney, *The Bonny Method of Guided Imagery and Music*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 196.

Są to: **preludium** (wstęp do działań terapeutycznych w formie rozmowy; – terapeuta stara się przygotować uczestnika do dalszych działań, przekierowując uwagę na jego wnętrze; trwa 15–20 minut), **indukcja** (część wprowadzająca uczestnika w stan relaksu i koncentracji na sobie; celem tego etapu jest zmiana stanu świadomości uczestnika, który podąża za sugestiami terapeuty; w tej części nie stosuje się muzyki; trwa 2–7 minut), **muzyczna podróż** (po osiągnięciu stanu relaksu oraz skupienia, stopniowo wprowadza się muzykę, która jest specjalnie dobrana i dostosowana do aktualnego stanu psychofizycznego uczestnika; w trakcie tego etapu terapeuta zachęca uczestnika do opisywania swoich wyobrażeń, doświadczeń, i odczuć; rolą terapeuty jest nadawanie ram i struktury (*frameworking*), słuchanie oraz wspieranie uczestnika w muzycznej drodze do doświadczeń przez niego wypartych lub tłumionych; ta część jest najistotniejsza w całej sesji, stąd trwa 30–50 minut); **postludium** (ta część następuje po ustaniu muzyki i jest swoistym podsumowaniem odczuwanych przeżyć, przywołanych wspomnień w postaci działań plastycznych, improwizacyjnych, dyskusji czy pisania, trwa 5–10 minut; faza ta kończy się rozmową, której celem jest interpretacja doświadczeń mających miejsce w trakcie sesji oraz próba odnalezienia związków pomiędzy nimi a zdarzeniami życiowymi, problemami czy trudnościami; w efekcie uczestnik przyjmuje nową perspektywę i spogląda na swoje problemy w zupełnie inny sposób, trwa 10–20 minut)⁴⁶⁸.

Model GIM opiera się na humanistycznym i transpersonalnym doświadczeniu, stąd jego założenia teoretyczne czerpią z psychologii humanistycznej C. Rogersa i Abrahama Masłowa oraz psychologii transpersonalnej Carla Junga⁴⁶⁹. Obecnie metoda ta jest rozwijana i łączona z teorią psychoanalityczną, podejściem gestalt oraz innymi duchowymi orientacjami psychoterapeutycznymi⁴⁷⁰. GIM jest praktykowana i stosowana wśród zróżnicowanej populacji z wieloma potrzebami klinicznymi.

2.4.3 Muzykoterapia zorientowana analitycznie (*Analytical Music Therapy* – AMT)

Ten model muzykoterapii jest mocno osadzony w podejściu psychoanalitycznym – Zygmunta Freuda, Melanie Klein, Carla Junga⁴⁷¹. Za jego twórczynię uznaje się Mary Priestley, a powstanie datuje się na wczesne lata 70. XX wieku. W ramach tej metody stosuje się improwizowaną muzykę tworzoną przez terapeutę i uczestnika – muzyka symbolizuje wewnętrzny obszar jednostki, która dzięki niej ma możliwość rozwijania siebie,

⁴⁶⁸ K. Stachyra, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu...*, op. cit., s. 69–70.

⁴⁶⁹ M. Ventre, C.H. McKinney, *The Bonny Method...*, op. cit., s. 198.

⁴⁷⁰ Ibidem.

⁴⁷¹ B.B. Scheiby, *Analytical Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 207.

odblokowywania swojego potencjału, usuwania trudności uniemożliwiających jej swobodny i spontaniczny rozwój⁴⁷². Improwizacje wokalne, instrumentalne czy wokarno-instrumentalne są często łączone z opowiadaniem, bajkami, historiami. W procesie terapeutycznym dużą rolę odgrywają także mechanizmy przeniesienia i przeciwprzeniesienia⁴⁷³. Fundamentalnymi elementami muzykoterapii w tym modelu są wysoce zaawansowane umiejętności słuchania i obserwacji oparte na dwóch podstawowych założeniach: słuchanie oderwane od jakiegokolwiek osądzania i oceniania oraz wnikliwa obserwacja wszelkich muzycznych i niemuzycznych zdarzeń.

Priestley opracowała wiele technik muzykoterapeutycznych, które mają pomóc w: (1) eksploracji świadomego materiału; (2) dotarciu do nieświadomego materiału; (3) wzmocnieniu ego; (4) przeżyciu wewnętrznego materiału w sposób psychofizyczny⁴⁷⁴. Do najważniejszych technik pracy z indywidualnym uczestnikiem należą: **przytrzymanie** (terapeuta swoją grą podtrzymuje i nadaje ramy oraz strukturę grze uczestnika, dostarczając mu emocjonalnego i muzycznego wsparcia); **rozerwanie** (inaczej rozszczepienie – odgrywanie przez uczestnika dwóch opozycyjnych ról w trakcie tworzenia muzycznego materiału; poprzez tę technikę uczestnik przeżywa skrajności, dzięki czemu następuje stopniowo praca nad integracją siebie); **swobodne skojarzenia** (technika, umożliwiająca aktywizację uczestnika za pomocą improwizacji; są tutaj przywoływane wspomnienia i emocje, które wytyczają obszar wymagający pracy terapeutycznej); **programowa lub spontaniczna regresja** (uczestnik za pomocą muzyki – nieświadomie lub świadomie – wraca do okresu dzieciństwa, w którym miały miejsce nierozwiązane konflikty, traumy czy problematyczne sytuacje; terapeuta stara się towarzyszyć muzycznie jednostce i dać jej przestrzeń do ich wyrażania); **wprowadzenie do komunikacji ciała** (wprowadza się je wtedy, kiedy emocje, doświadczenia, konflikty są tłumione i ułożone w symptomach somatycznych; uczestnik improwizuje doświadczenie obecności tego symptomu, podczas gdy terapeuta stara się wyrazić emocje uczestnika)⁴⁷⁵. Oprócz pracy indywidualnej w modelu tym stosuje się także pracę w diadach oraz w grupie.

Części składowe sesji w podejściu analitycznym to: (1) wstępna dyskusja, która ma na celu zidentyfikowanie danego tematu czy kwestii; (2) zdefiniowanie zasad improwizacji i nadanie jej tytułu; (3) muzyczna improwizacja (właściwa część sesji); (4) werbalizacja improwizacji; (5) nowa improwizacja zainspirowana dyskusją; (6) werbalizacja nowej

⁴⁷² Ibidem, s. 206.

⁴⁷³ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 33.

⁴⁷⁴ B.B. Scheiby, *Analytical Music Therapy*, op. cit., s. 209.

⁴⁷⁵ Ibidem.

improwizacji⁴⁷⁶. Rolę muzyki można tutaj postrzegać dwojako: jako formę aktywności pobudzającą jednostkę do werbalizowania swoich tłumionych lub wypartych odczuć oraz jako formę muzycznej ekspresji, dzięki której już w trakcie tworzenia w jednostce zachodzą zmiany⁴⁷⁷.

2.4.4 Muzykoterapia neurologiczna (*Neurologic Music Therapy* – NMT)

Muzykoterapia neurologiczna, inaczej neuromuzykoterapia, to model bazujący na neurofizjologicznym modelu percepcji i tworzenia muzyki oraz zakładający wpływ odpowiednio zastosowanych technik terapeutycznych na funkcjonalne zmiany w obszarze mózgu i w funkcjonowaniu behawioralnym. Techniki terapeutyczne są podzielone na trzy grupy oddziaływań – poznawcze, czuciowe, oraz ruchowe – które są wykorzystywane w chorobach lub uszkodzeniach układu nerwowego⁴⁷⁸. NMT jako oparty na dowodach system wystandaryzowanych technik zasadza się na diagnozie pacjenta i ustalanych na jej podstawie indywidualnych celach terapii⁴⁷⁹. Metoda ta jest połączeniem muzykoterapii, neurofizjologii oraz neurologii, a za jej twórcę uznaje się Michaela Thauta, który w latach 90. XX wieku we współpracy z interdyscyplinarnym zespołem badaczy (neurologiem, fizjoterapeutą, biomechanikiem oraz muzykoterapeutą) stworzył podwaliny neuromuzykoterapii⁴⁸⁰.

W zależności od pacjenta⁴⁸¹ procedura interwencji neuromuzykoterapeutycznej wykorzystuje następujące kroki: (1) zebranie diagnostycznych informacji i ewaluacja obecnych potrzeb pacjenta; (2) ustalenie celów terapii z uwzględnieniem długoterminowych zmian; (3) zaprojektowanie niemuzycznych doświadczeń i ćwiczeń terapeutycznych; (4) zastosowanie muzycznych doświadczeń opartych na funkcjonalnym, terapeutycznym wykorzystaniu muzyki; (5) przełożenie funkcjonalnych zachowań uzyskanych w procesie terapeutycznym na zachowania w codziennym życiu pacjenta⁴⁸².

Kliniczne zastosowanie NMT obejmuje obszar rehabilitacji sensomotorycznej, kognitywnej oraz logopedycznej, stąd techniki muzykoterapeutyczne NMT noszą takie nazwy⁴⁸³. Techniki sensomotoryczne wspomagają wykonywanie przez pacjentów aktywności dnia codziennego związanych z ruchem, poruszaniem się i mobilnością całego ciała. Za ich

⁴⁷⁶ Ibidem, s. 212.

⁴⁷⁷ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 33–34.

⁴⁷⁸ A. Bukowska, *Muzykoterapia neurologiczna*, [w:] *Modele, metody...*, op. cit., s. 170.

⁴⁷⁹ C.P. Hurt-Thaut, S.B. Johnson, *Neurologic Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 220.

⁴⁸⁰ A. Bukowska, *Muzykoterapia neurologiczna*, op. cit., s. 169.

⁴⁸¹ „Ze względu na silny związek muzykoterapii z medycyną i rehabilitacją, zamiast terminu „klient” lub „uczestnik” stosuje się określenie „pacjent” (L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 35).

⁴⁸² C.P. Hurt-Thaut, S.B. Johnson, *Neurologic Music Therapy*, op. cit., s. 223–224.

⁴⁸³ A. Bukowska, *Muzykoterapia neurologiczna*, op. cit., s. 170.

pomocą pacjent poprawia zakres ruchu, wytrzymałość, koordynację, siłę mięśniową, mobilność ciała, percepcję oraz czucie⁴⁸⁴. Techniki logopedyczne wprowadzają odpowiednio zaprojektowane ćwiczenia wspomagające produkcję mowy, zwłaszcza w takich zaburzeniach jak afazja, dyzartria czy apraksja mowy⁴⁸⁵. Techniki kognitywne motywują pacjenta do pracy nad procesami poznawczymi: uwagą, pamięcią, wykonywaniem innych operacji myślowych⁴⁸⁶.

NMT jest modelem muzykoterapeutycznym wykorzystywanym w pracy z osobami cierpiącymi na chorobę Parkinsona, Huntingtona, porażenie mózgowe, stwardnienie rozsiane oraz w przypadku wielu innych zaburzeń neurologicznych⁴⁸⁷.

2.4.5 Muzykoterapia społecznościowa (*Community Music Therapy* – CoMT)

Muzykoterapia społecznościowa to model oparty na terapii skoncentrowanej na ludzkich zasobach i zakładający pracę z określoną grupą ludzi przy uwzględnieniu różnych uwarunkowań, np. społecznych, kulturowych, pojmowaniu zdrowia i choroby, relacji oraz muzyki. Obejmuje ona osoby z różnymi trudnościami, problemami, będące członkami społeczności, które tworzą muzykę i wspólnie przeżywają różne muzyczne doświadczenia umożliwiające im kreowanie wspólnej rzeczywistości bez poczucia izolacji czy ekskluzji społecznej⁴⁸⁸.

CoMT jest stosunkowo nowym modelem w muzykoterapii, gdyż pierwsze publikacje z nim związane ukazały się po roku 2000, choć pierwsze wzmianki o muzykoterapii w społeczności pojawiały się już w latach 70. XX wieku⁴⁸⁹. Muzykoterapeutami odpowiedzialnymi za zapoczątkowanie oraz rozwój tego nurtu są: Gary Ansdell, Mercedes Pavlicevic, Simon Procter (w Wielkiej Brytanii) oraz Brynjulf Stige (w Norwegii). Jak podkreśla S. Procter, „muzykoterapia społecznościowa zachęca muzykoterapeutów do myślenia o swojej pracy jako o kontinuum od jednostki do wspólnoty”. Jej „celem jest pomoc klientom w dostępie do różnorodności muzycznych sytuacji, towarzyszenie im w podróży między »terapią« a szerszym społecznym kontekstem muzykowania”⁴⁹⁰. Wspólne muzykowanie w ramach muzykoterapii społecznościowej może mieć dwojaki charakter: muzykoterapii w społeczności (doświadczenia muzyczne są prowadzone w miejscu

⁴⁸⁴ Ibidem, s. 171.

⁴⁸⁵ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 35.

⁴⁸⁶ C.P. Hurt-Thaut, S.B. Johnson, *Neurologic Music Therapy*, op. cit., s. 228.

⁴⁸⁷ A. Bukowska, *Muzykoterapia neurologiczna*, op. cit., s. 167–168.

⁴⁸⁸ B. Stige, *Community Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, op. cit., s. 233.

⁴⁸⁹ S. Procter, *Muzykoterapia społecznościowa*, [w:] *Modele, metody...*, op. cit., s. 179.

⁴⁹⁰ Ibidem, s.183.

bytowania danej społeczności)⁴⁹¹ oraz muzykoterapii ze społecznością (może się ona odbywać w dowolnym miejscu i w odniesieniu do zróżnicowanej grupy społecznej, a jej nadrzędnym celem jest dążenie do nawiązywania społecznych więzi, respektowanie potrzeb jednostki w grupie oraz potrzeb społeczności jako całości)⁴⁹².

Stige proponuje opisanie zasad muzykoterapii społecznościowej za pomocą słowa:

PREPARE:

- *P* – *participatory*, czyli oparta na uczestnictwie – zachęcanie ludzi z różnymi doświadczeniami i uwarunkowaniami do aktywnego uczestniczenia w danej społeczności;
- *R* – *resource-oriented*, czyli skoncentrowana na zasobach – wskazywanie na społeczno-kulturowe zasoby człowieka; zwracanie uwagi na jego mocne strony i predyspozycje;
- *E* – *ecological*, czyli ekologiczna – respektowanie społecznego kontekstu naprzemiennych relacji wśród jednostek, grup czy społeczności;
- *P* – *performative*, czyli performatywna – publiczne pokazywanie relacji w kontekście społecznym i muzycznym jako jednostka oraz jako członek danej społeczności;
- *A* – *activist*, czyli nastawiona na aktywizm – dostrzeganie ludzkich trudności i ograniczeń, staranie się przeciwdziałać trudnościom społecznym związanym z wyłączeniem, marginalizacją i niesprawiedliwością;
- *R* – *reflective*, czyli refleksyjna – próby zrozumienia zachodzących procesów społecznych, patrzenie na dane zjawiska z wielu perspektyw oraz poszerzanie zastosowań praktycznych;
- *E* – *ethics-driven*, czyli oparta na etyce – dbałość o prawa człowieka, godność i poszanowanie⁴⁹³.

CoMT jest modelem, który wciąż się rozszerza i rozwija pod względem teoretycznym i praktycznym. Ze względu na swoją orientację społeczną przy obserwowalnym wzroście liczby społeczności ma on duży potencjał.

2.4.6 Portret Muzyczny (PM)

To polski model muzykoterapeutyczny oparty na założeniach podejść społeczno-poznawczych, którego celem jest „diagnoza i terapia zaburzonej tożsamości, polegająca na

⁴⁹¹ Ibidem, s.179.

⁴⁹² B. Stige, *Culture-centered Music Therapy*, op. cit., s. 328.

⁴⁹³ B. Stige, *Community Music Therapy*, op. cit., s. 238–239.

regulacji treści i struktur »ja«⁴⁹⁴». Model ten stworzyła w latach 70. XX wieku Elżbieta Galińska, pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie⁴⁹⁵. Metoda ta początkowo była traktowana jako technika kończąca terapię i polegała na tym, że pacjent wybierał utwór muzyczny, który jego zdaniem podsumowywał jego leczenie oraz tworzył optymistyczny scenariusz dalszego funkcjonowania poza oddziałem lub terapią⁴⁹⁶. Obecnie PM jest rozumiany jako proces konstruowania za pomocą muzyki znaczeń własnego „ja” na podstawie wartościowania i doświadczeń pacjenta z okresu dzieciństwa (relacji z otoczeniem i odgrywanych ról społecznych)⁴⁹⁷ w sposób aktywny (improwizacja instrumentalna grupowa bądź indywidualna), receptywny (odbiorcza forma muzyki)⁴⁹⁸ oraz w formie dyskusji, której celem jest konsolidacja niewerbalnych doświadczeń i przeżyć w sposób werbalny.

Struktura Portretu Muzycznego obejmuje kilka etapów/technik: (1) lustro – grupa stara się odzwierciedlić danego pacjenta za pomocą improwizacji; (2) autoportret – pacjent indywidualnie stara się ekspresyjnie wyrazić siebie samego; ponadto pacjent odzwierciedla swoje „ja ukryte” i „ja w przyszłości”, co ma stanowić formę uzupełnienia poprzedniej techniki; (3) kolaż trzech utworów – trzy utwory przedstawiają trzy „ja” pacjenta: w przeszłości, teraźniejszości i przyszłości; są one wybierane i prezentowane grupie przez terapeutę; (4) technika preferencji muzycznych, w której pacjent wybiera utwory, które jego zdaniem go określają; istotne są zaangażowanie pacjenta i motywacja do zmiany oraz przepracowanie problematycznych kwestii; (5) psychodrama morenowska z użyciem instrumentów – za pośrednictwem metafory muzycznej następuje rozwiązanie wypartych doświadczeń, co doprowadza do integracji osobowości pacjenta⁴⁹⁹. Muzyka w tym modelu pełni funkcję pośrednika czy narzędzia wspomagającego pacjenta w ujawnianiu treści pozamuzycznych⁵⁰⁰.

PM jest stosowany głównie w przypadku pacjentów z nerwicami, depresją, zaburzeniami jedzenia i innymi zaburzeniami psychicznymi.

⁴⁹⁴ E. Galińska, *Portret Muzyczny jako forma psychoterapii*, [w:] *Modele, metody...*, op. cit., s. 99.

⁴⁹⁵ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 37.

⁴⁹⁶ E. Galińska, *Portret Muzyczny jako...*, op. cit., s. 97.

⁴⁹⁷ Ibidem, s. 101.

⁴⁹⁸ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 37.

⁴⁹⁹ E. Galińska, *Psychodrama*, [w:] *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, t. 1, L. Grzesiuk (red.), Eneteia, Warszawa 2005, s. 531–542.

⁵⁰⁰ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 37.

2.4.7 Mobilna Rekreacja Muzyczna (MRM)

Model Mobilnej Rekreacji Muzycznej to uporządkowany zbiór ćwiczeń ruchowych, rytmicznych, oddechowych, relaksacyjnych, wykorzystujących aktywności artystyczne (plastyczne czy pisarskie) wykonywanych przy zastosowaniu zróżnicowanej muzyki. Ćwiczenia odwzorowują rytmy fizjologiczne człowieka (oddechu, pracy serca) lub codziennych zachowań⁵⁰¹. Twórcą MRM jest polski muzykoterapeuta i lekarz, doktor Maciej Kierył. Wstępny zarys modelu powstał na przełomie lat 70. i 80. XX wieku. Głównymi założeniami metody MRM stały się koncepcje pedagogiki Carla Orffa i Emile’a Jaquesa-Dalcroze’a, na podstawie których Kierył stworzył własną propozycję pracy z osobami z niepełnosprawnościami, zaburzeniami społecznymi oraz emocjonalnymi⁵⁰². W metodzie tej dostrzega się również punkty wspólne z założeniami behawioryzmu i teorii psychoanalitycznych⁵⁰³.

Metoda opiera się na zajęciach grupowych (w grupach liczących od 5 do 12 osób), składających się z ośmiu etapów. Nie składają się one na sztywny i schematyczny program, ale w myśl idei mobilności zakładają możliwość szybkiej zmiany typu aktywności i rodzaju ćwiczeń (w zależności od stanu psychofizycznego uczestnika zajęć). Do etapów tych należą: (0) zebranie informacji o pacjencie; (1) uruchomienie – ćwiczenia uruchamiające i integrujące grupę; (2) zrytmizowanie – działania rytmiczne aktywizujące poszczególne części ciała z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych; (3) odreagowanie – działania odreagowujące wykonywane przy muzyce o szybkim tempie, zwiększanie działań ruchowych oraz dodanie ekspresji wokalne; (4) uwrażliwienie – wprowadzanie aktywnych lub receptywnych działań wokarno-ruchowych koncentrujących się na uważności, wrażliwości muzycznej, wspierających kreatywność uczestnika; (5) relaksacja – zaczyna się od wprowadzania ćwiczeń izometrycznych oraz oddechowych, po których następuje zainicjowanie właściwej relaksacji opartej na wyobrażeniach; (6) aktywizacja łagodna – działania zmierzające do pionizacji ciała i stopniowej aktywizacji za pomocą aktywności rytmicznych, instrumentalnych czy wokalnych; (7) aktywizacja dynamiczna – wprowadzenie improwizacji wokalne, instrumentalnej, ruchowej; jest to przestrzeń do rozwijania wewnętrznych zdolności uczestników; (8) rozmowa – werbalizacja przeżytych doświadczeń oraz odczuć, które pojawiły się w trakcie muzycznych sekwencji⁵⁰⁴. Jak podkreśla autor, MRM „może być

⁵⁰¹ M. Kierył, *Mobilna Rekreacja Muzyczna*, [w:] *Modele, metody...*, op. cit., s. 117.

⁵⁰² L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 36.

⁵⁰³ Ibidem.

⁵⁰⁴ M. Kierył, *Mobilna Rekreacja Muzyczna*, op. cit., s. 118–124.

stosowna zarówno dla różnych grup wiekowych, jak i różnych [...] schorzeń [...], należy pamiętać, że schorzenie wyznacza intensywność działań i dobór ćwiczeń”⁵⁰⁵.

2.4.8 Doświadczenia muzykoterapeutyczne

Niezależnie od przyjętych perspektyw czy modeli muzykoterapeutycznych podstawę pracy terapeutycznej stanowią doświadczenia muzykoterapeutyczne. Kategoryzacji doświadczeń muzykoterapeutycznych dokonał wielokrotnie przywoływany w tej pracy K. Bruscia. Wyszczególnił on cztery doświadczenia muzyczne: improwizację, odtwarzanie, tworzenie oraz słuchanie⁵⁰⁶.

Improwizacja (*improvisatory experiences*), polega na spontanicznym tworzeniu bez przygotowania. Może być wokalna, instrumentalna, wokально-instrumentalna lub ruchowa. Zadaniem terapeuty jest instruowanie uczestnika, demonstrowanie oraz inspirowanie do muzycznej aktywności. Improwizacja stanowi niewerbalny kanał komunikacyjny – pozwala na wyrażanie swoich emocji, wyzwala spontaniczność i kreatywność, buduje poczucie wolności, tożsamości oraz wspomaga rozwijanie umiejętności interpersonalnych⁵⁰⁷. Poprzez swoją dowolność oraz szeroki zakres dźwiękowy technika ta stymuluje osoby w niej uczestniczące pod względem poznawczym, sensorycznym, motorycznym oraz komunikacyjnym (pozwala wyrazić to, co nie jest możliwe do wyrażenia w sposób werbalny). Dostarcza również bezpiecznej muzycznej przestrzeni do poznawania nowych ról i wzorców zachowań, a także wspomaga umiejętność podejmowania decyzji u osób z pewnymi ograniczeniami⁵⁰⁸. Istnieje wiele typów improwizacji: improwizacja niereferencjalna (tworzenie muzyki bez odniesienia do określonego tematu czy niemuzycznego motywu); improwizacja referencjalna (tworzenie muzyki z odniesieniem do określonego tematu, motywu); improwizowana piosenka (uczestnik swobodnie tworzy słowa, melodię i/lub akompaniament); improwizacja wokalna niereferencjalna (wykorzystywany jest tylko głos); improwizacja ruchowa (jako instrument wykorzystuje się ciało, wydając różne dźwięki – klaskanie, tupanie, szuranie, pstrykanie i inne); improwizacja mieszana (wykorzystywane są głos, ciało, instrumenty oraz różne ich kombinacje); improwizacja oparta na dyrygowaniu (uczestnik tworzy improwizację, dając dyrektywne wskazówki osobom grającym)⁵⁰⁹. Lutz-Hochreutener dodaje do tego zestawienia rozróżnienie na improwizację swobodną

⁵⁰⁵ Ibidem, s. 128.

⁵⁰⁶ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 116–124.

⁵⁰⁷ K. Bruscia, *The Fundamentals of Music Therapy Practice*, [w:] *Case studies in music therapy*, K. Bruscia (red.), Barcelona Publishers, Gilsun 2006, s. 7.

⁵⁰⁸ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 116–117.

⁵⁰⁹ Ibidem, s. 117.

(nieograniczoną żadnymi zasadami) oraz z regułami (zorientowaną na określoną relację, np. bliskość – dystans, znajomość – obcość; zorientowaną na temat – podejmującą niemuzyczny temat oraz zorientowaną na muzykę – dotyczącą muzycznych uzgodnień)⁵¹⁰.

Odtwarzanie muzyki (*re-creative experiences*), w tym także jej przetwarzanie, polega na śpiewaniu, graniu (na różnych instrumentach) piosenek, utworów, muzycznych produkcji, wspólnym wykonywaniu ich wśród grupy lub razem z terapeutą podczas sesji lub na koncercie. Odtwarzanie wiąże się ponadto z uczestniczeniem w muzycznych grach czy aktywnościach oraz z dyrygowaniem⁵¹¹. Celem przetwarzania i odtwarzania jest rozwijanie umiejętności sensomotorycznych (wspomaganie koordynacji motoryki małej, dużej, słuchowo-ruchowej czy wzrokowo-ruchowej), poprawa sfery poznawczej, komunikacyjnej oraz społeczno-emocjonalnej (działania uczące zachowań adaptacyjnych, zachowania świadomości i uważności w konkretnej sytuacji, przyjmowania zróżnicowanych ról, rozpoznawania swoich odczuć, myśli czy wyrażania swoich pomysłów, współpracy z innymi, umiejętności regulacji i kontroli impulsywności czy kontroli swojego zachowania)⁵¹².

Tworzenie i komponowanie (*composition experiences*) polega na pisaniu słów do znanych piosenek (*song parodies*), tworzeniu piosenek (*songwriting*), komponowaniu utworów (*instrumental composition*), tworzeniu notacji muzycznych (tworzenie systemu, który umożliwia odczytanie zapisu utworu/piosenki uczestnika) oraz muzycznym kolażu (*music collage* – uczestnik wybiera sekwencje dźwięków, fragmenty różnych piosenek i materiałów muzycznych utworzonych przez siebie wcześniej i zestawia je ze sobą, tworząc nagranie ilustrujące autobiograficzne czy terapeutyczne kwestie)⁵¹³. Tworzenie obejmuje też piosenki związane z ruchem, zabawą, piosenki sytuacyjne, na powitanie i pożegnanie⁵¹⁴. Zadaniem terapeuty jest wspomaganie uczestnika i doradzanie mu. Dzięki temu doświadczeniu muzykoterapeutycznemu jednostka wykształca w sobie umiejętności planowania, organizowania, wzmacnia wiarę w swoje możliwości, polepsza kreatywne myślenie oraz rozwija swoje zasoby czy mocne strony. Tworzenie usprawnia komunikację z grupą i terapeutą oraz pozwala na eksplorowanie swoich emocji, wartości, idei, myśli⁵¹⁵ i konfrontowanie się z aktualnymi tematami, poprawia wizerunek samego siebie oraz wspomaga i pobudza mechanizm uwagi⁵¹⁶.

⁵¹⁰ T. Stegemann, M. Hitzeler, M. Blotevogel, *Arteterapie dla dzieci...*, op. cit., s.155–156.

⁵¹¹ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 119.

⁵¹² K. Bruscia, *The Fundamentals of Music Therapy Practice*, op. cit., s. 7–8.

⁵¹³ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 120.

⁵¹⁴ T. Stegemann, M. Hitzeler, M. Blotevogel, *Arteterapie dla dzieci...*, op. cit., s. 159–161.

⁵¹⁵ K. Bruscia, *The Fundamentals of Music Therapy Practice*, op. cit., s. 8.

⁵¹⁶ T. Stegemann, M. Hitzeler, M. Blotevogel, *Arteterapie dla dzieci...*, op. cit., s. 158–159.

Słuchanie i recepcja (*receptive experiences*) mają za zadanie relaksować uczestnika, wywołać odpowiednie reakcje psychofizyczne, stany afektywne, doświadczenia i wyobrażenia, stymulować oraz eksplorować odczucia, myśli, a także ułatwiać zapamiętywanie oraz proces projekcji (przywoływanie wspomnień). Poprzez odbieranie zróżnicowanej muzyki uczestnik rozwija umiejętność słuchania i uważność. Doświadczenie to ma jednak przede wszystkim pomagać uczestnikowi odpoczywać, uczyć, jak w pełni się zrelaksować i skoncentrować się na własnym ciele i na sobie⁵¹⁷. Można wyróżnić kilka typów słuchania, m.in. słuchanie somatyczne (w którym stosuje się kombinację wibracji, dźwięków i muzyki, aby bezpośrednio wpłynąć na ciało uczestnika i na jego odczuwanie); muzyczne znieczulenie (słuchanie po to, aby zmniejszyć ból lub jego działanie); muzyczna relaksacja; słuchanie medytacyjne (wspomagające proces medytacji); słuchanie stymulacyjne (oddziałuje na określone sfery rozwojowe człowieka); słuchanie percepcyjne (poprawia sprawność słuchowo-sensoryczną); słuchanie aktywne (stosowanie słów piosenki lub muzycznych wskazówek, aby wywołać określone reakcje); słuchanie warunkowane (słuchanie muzyki funkcjonuje jako wzmocnienie danego zachowania); aktywność związana z dostrzeganiem estetycznego waloru muzyki; muzyka lub piosenka reminiscencyjna (słuchanie muzyki ma wywoływać wspomnienia doświadczeń z przeszłości); muzyczna regresja (dzięki słuchaniu muzyki uczestnik ponownie przeżywa doświadczenie z przeszłości po to, aby pobudzić się do wyrażenia tłumionych odczuć, co ma przynieść mu ulgę); muzyczna komunikacja (uczestnik lub terapeuta wybierają utwór/piosenkę w taki sposób, aby była ona powiązana ze stanem uczestnika terapii); dyskusja o słowach piosenki (rozmowa dotycząca terapeutycznych walorów słów piosenki, odnoszenie jej tekstu do etapu terapii uczestnika lub do zmian, które przechodzi); słuchanie projekcyjne (prezentowana muzyka ma pomóc uczestnikowi w identyfikowaniu, werbalnym opisywaniu oraz interpretowaniu skojarzeń powstałych podczas słuchania)⁵¹⁸.

Wielość doświadczeń muzycznych sprawia, że muzykoterapeuci mogą wykorzystywać zróżnicowane spektrum muzyki i jej bogactwo, aby odkryć potrzeby jednostki i znaleźć drogę do rozwiązania jej trudności w wielu obszarach.

⁵¹⁷ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, op. cit., s. 121.

⁵¹⁸ Ibidem, s.121–124.

2.5 Muzykoterapia w autyzmie – praktyka

Każdy materiał muzyczny niesie ze sobą bogatą treść emocjonalną oraz uporządkowaną strukturę wyznaczaną przez liczne zasady i reguły muzyczne. Dźwięk, ton, skala, akord, współbrzmienie, motywy, sekwencje, dążenia tonalne, modulacje, rytm to elementy mające swoje miejsce i cel w utworze, w improwizacji czy w piosence. Wielość elementów i doświadczeń muzycznych, a także wielość sposobów wydobywania dźwięków sprawiają, że tylko profesjonalny muzykoterapeuta będzie mógł świadomie wykorzystywać aktywności muzyczne, aby zrealizować cele terapeutyczne dostosowane do dysfunkcji występujących w autyzmie⁵¹⁹ (trudności w nawiązywaniu interakcji społecznych, w komunikacji, zachowania powtarzalne i kompulsywne) czy indywidualnych potrzeb uczestnika terapii⁵²⁰. Muzykoterapia jako forma terapii jest dla dziecka z autyzmem plastyczna i przewidywalna, dzięki czemu umożliwi mu nawiązanie kontaktu z terapeutą oraz wyrażenie skrywanych emocji. Janet Graham podkreślała, że muzyka to medium, dzięki któremu dziecko może komunikować się, wyrażać siebie, doświadczając tym samym znaczącej interpersonalnej więzi z terapeutą⁵²¹.

Muzyka ułatwia dziecku z autyzmem zdobywanie wielu doświadczeń sensorycznych: dotykowych i słuchowych (odczuwanie wydobywanego dźwięku, słuchanie i porównanie siły włożonej w uderzenie, słuchanie i odczuwanie wibracji)⁵²². Muzyka motywuje je do uczenia się nowych umiejętności w sposób swobodny, niedyrektywny i dla niego naturalny – czasem poprzez formę zabawy⁵²³. Muzyczne elementy (rytm, melodia, harmonia, dynamika, tempo, wysokość tonu, tembr) dostarczają zróżnicowanej stymulacji w przyswajaniu nowej wiedzy czy umiejętności. Wprowadzają przestrzeń, w której dziecko może się rozwijać⁵²⁴. Swobodna gra na instrumentach z terapeutą sprawia, że osoby z zaburzeniem ze spektrum autyzmu stopniowo rozwijają swoją sferę społeczną i komunikacyjną (np. uczą się naśladować rodzaj gry, sposób wydobywania dźwięków; powtarzać odpowiednie wzorce muzyczne potrzebne

⁵¹⁹ S. Knapik-Szweda, *Zastosowanie muzyki w terapii dzieci i młodzieży z autyzmem – przegląd badań*, „Psychiatria i Psychoterapia”, 2017, nr 13 (2), s. 20–34.

⁵²⁰ T. Wigram, *Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, Jessica Kingsley Publishers, London 2004, s. 181–182.

⁵²¹ J. Graham, *If You Can't Beat Them, Join Them! Long-Term Music Therapy with an Autistic Savant Man*, „Music Therapy Today” 2006, nr 7 (4), s. 892–912.

⁵²² J. Alvin, A. Warwick, *Music Therapy for the Autistic Child*, op. cit., s. 5.

⁵²³ D.D. Walworth, *Incorporating Music into Daily Routines: Family Education and Integration*, „Imagine” 2010, nr 1 (1), s. 28–31.

⁵²⁴ P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen...*, op. cit., s. 167.

w komunikacji)⁵²⁵. Improwizacja instrumentalna lub wokalna (śpiewanie piosenek, wokalizacje) wyzwala u dziecka spontaniczną aktywność. Obserwując te zachowania, terapeuta wykorzystuje zdolności muzyczne dziecka, jego przeżycia, współuczestniczy w muzycznym działaniu i nadaje mu odpowiednią strukturę⁵²⁶. Wspólne tworzenie muzyki powoduje poprawę umiejętności motorycznych (wspomaganie koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, manipulowanie instrumentami, zwiększanie siły mięśniowej i zasięgu ruchu podczas tworzenia) oraz sensomotorycznych (dziecko postrzega zmysłowo cały proces muzykoterapeutyczny – nie tylko przedmioty znajdujące się w sali, ale również terapeutę)⁵²⁷. Przetwarzanie materiału muzycznego wpływa na zapamiętywanie schematów, a stopniowe jego modyfikowanie przyzwyczaja dzieci z ASD do małych i czasem nieznaczających zmian, co jest niezbędne dla ich postępów rozwojowych⁵²⁸. Muzykoterapia ułatwia nawiązywanie kontaktu z rówieśnikami i wzmacnia te relacje, co przekłada się na satysfakcję dziecka oraz innych uczestników ze wspólnego partycypowania w danej muzycznej aktywności⁵²⁹.

2.5.1 Muzykoterapia improwizacyjna

Juliette Alvin i Auriel Warwick ujęły swoją kilkunastoletnią pracę muzykoterapeutyczną z dziećmi z autyzmem w modelu rozwojowym, proponując różne etapy pracy – od budowania początkowej relacji po całościowy rozwój wraz z rozwojem umiejętności muzycznych. Według nich muzyka w środowisku dziecka z autyzmem może zmienić jego nastrój i zachowanie (z wycofania do aktywności, z aktywności do bierności), stymulować, hipnotyzować, izolować. Sam dźwięk może być pozytywny lub negatywny, cichy lub głośny, pasywny lub aktywny. Autorki wskazały, że w pracy z dzieckiem z ASD można zastosować **techniki receptywne i aktywne**.

W przypadku **technik receptywnych** niektóre dzieci preferują muzykę na żywo, graną przez terapeutę, czerpiąc przyjemność z obserwowania i słuchania. Inne preferują muzykę odtwarzaną ze sprzętu, kontrolując głośność lub wstrzymując oraz wznowiając muzykę w dowolnym momencie. Pozytywne reakcje dzieci z autyzmem na **słyszenie** (odbieranie bodźców) i **sluchanie** muzyki są często nieprzewidywalne, subtelne i trudne do

⁵²⁵ T. Wigram, *Methods and Techniques...*, op. cit., s. 195.

⁵²⁶ S. Knapik-Szweda, *Zastosowanie muzyki w terapii...*, op. cit.

⁵²⁷ B.L. Wheeler, C.L. Shultis, D.W. Polen, *Clinical Training Guide for...*, op. cit., s. 81.

⁵²⁸ S. Knapik-Szweda, *Zastosowanie muzyki w terapii...*, op. cit.

⁵²⁹ P. Kern, D. Aldridge, *Using Embedded Music Therapy Interventions to Support Outdoor Play of Young Children with Autism in an Inclusive Community-Based Child Care Program*, „Journal of Music Therapy” 2006, nr 43 (4), s. 270–294.

zinterpretowania, stąd nie można jednoznacznie stwierdzić, jak mocno techniki muzykoterapeutyczne na nie oddziałują. Jednak różnice w odbiorze są dostrzegalne – dziecko inaczej zachowuje się, kiedy słyszy (co tutaj jest rozumiane jako proces przetwarzania bodźców), a inaczej, kiedy słucha, wykazując świadomość sytuacji terapeutycznej. Kiedy osoba z autyzmem słucha, można zaobserwować zmiany w jej posturze, w ruchu nóg, rąk, w spojrzeniu czy uśmiechu. Czasem pod wpływem muzyki może zakrywać uszy, oczy, kierować wzrok i ciało ku źródle dźwięku lub uciekać od niego, wpadając we wściekłość. Melodie, głośność, tempo, kolorystyka pojedynczego dźwięku, motywu czy utworu wywołują różne reakcje (nawet te mimowolne). I to właśnie słuchanie odgrywa znaczącą rolę w relacji pomiędzy dzieckiem, muzyką a terapeutą. Proces słuchania to część budowania muzycznej relacji pomiędzy tajemniczym światem dziecka a otaczającą je rzeczywistością⁵³⁰.

Techniki aktywne to techniki, w ramach których zachodzi bardzo silny związek pomiędzy mową a muzyką. Muzyka lub poszczególne dźwięki wywołują werbalne czy wokalne reakcje dziecka, które z kolei mogą być początkiem mowy. Spontaniczny śpiew, cisza (będąca częścią muzycznego doświadczenia), mruczenie i jakakolwiek reakcja na dźwięk mogą oderwać dziecko od jego zakłócających zachowań, co stworzy podatny grunt dla pracy i nawiązania relacji muzykoterapeutycznej. Kiedy zostanie zauważona zdolność do aktywnego uczestnictwa lub gotowość do zrobienia czegoś zorganizowanego, można odkrywać zależność między dzieckiem a konkretnym dźwiękiem, np. poprzez eksplorowanie instrumentu: szarpanie strun, dodanie kolejnej sztabki do serii, uderzanie w klawisze pianina, próbowanie różnych dźwięków, odgłosów na bębnie. Postępy w tych technikach zależą od poczucia wolności, poczucia bezpieczeństwa w miejscu, w którym dziecko się znajduje, i od zaangażowania dziecka w środowisko muzyczne. Celem technik aktywnych jest wzbudzenie pozytywnego kontaktu pomiędzy dzieckiem a jego środowiskiem po to, aby stymulować dziecko do zmiany. Można zastosować bardzo proste, strukturalne aktywności oparte na aktywności muzycznej, aby stopniowo prowadzić dziecko do momentu, w którym stanie się ono gotowe do poszukiwania wolności⁵³¹.

Według Alvin i Warwick w procesie muzykoterapeutycznym niezwykle ważny jest **kontakt fizyczny**. Terapeuta może trzymać dziecko na kolanach, a jednocześnie grać na pianinie i śpiewać lub kołysać się delikatnie. W ten sposób wibracje, którym poddane jest dziecko, mogą zadziałać na jego podświadomość. Jeżeli dziecko zaakceptuje je, fizyczny

⁵³⁰ J. Alvin, A. Warwick, *Music Therapy for the Autistic Child*, op. cit., s. 4–8.

⁵³¹ Ibidem, s. 11–12.

kontakt spowoduje powstanie relacji, która okaże się dla dziecka bardziej znacząca niż kontakt werbalny. Na bardziej zaawansowanym etapie, podczas np. śpiewania kołysanki można prowokować dyrektywny kontakt poprzez prowadzenie ręki dziecka przy określonych aktywnościach muzycznych. Ruchy palców kciuka, nawet nadgarstka terapeuty są sposobem komunikacji i nakierowaniem dziecka na działanie muzyczne: formą stymulacji, zatrzymania, tworzenia bezpieczeństwa. Ta forma muzycznego wzmocnienia powinna pomóc dziecku podążać za muzyką lub dać mu możliwość zainicjowania kontaktu bez użycia słów⁵³².

Opracowany przez Alvin i Warwick model rozwojowy pracy muzykoterapeutycznej z dzieckiem z autyzmem ma format indywidualny i jest podzielony na dwa poziomy:

1. **Poziom pierwszy** – poziom, na którym dziecko poszukuje siebie, wykorzystując dźwięki, eksploruje. Nawet wtedy, kiedy stosuje niekonwencjonalne sposoby gry (uderzanie w dzwonki, przewracanie ich do góry nogami, drapanie w struny gitary czy wydobywanie dziwnych odgłosów wokalnych) oznacza to, że tworzy własną relację z przedmiotem, który poznaje. To właśnie **instrument** jest pierwszym przedmiotem-pośrednikiem pomiędzy dzieckiem a terapeutą niewywołującym negatywnych zachowań u dziecka. Instrumenty muzyczne mogą być obiektem zainteresowania ze względu na geometryczny kształt, aspekty dotykowe czy dźwiękowe. Dziecko może poczuć instrument, doświadczać go na różnych płaszczyznach, np. poprzez budowanie konstrukcji z instrumentów, dopasowywanie instrumentów pod względem kształtu, wkładanie instrumentów do buzi, wężanie ich czy oblizywanie. Z biegiem czasu dziecko uświadamia sobie również obecność i działania terapeuty, który dostarcza mu przewidywalnych muzycznych doświadczeń. Na pierwszym poziomie budowania relacji dziecko powinno stawiać się świadome produkcji dźwięków poprzez głos czy instrumenty, zaczynając od pojedynczego dźwięku. Istotne jest, aby wszelkie chaotyczne i kompulsywne formy grania na instrumentach ukierunkowywać na celowe produkowanie dźwięków. Wtedy terapeuta może przejść do pracy nad relacją pomiędzy różnymi dźwiękami, np. nad początkiem muzycznych sekwencji. Wiele dzieci z autyzmem wydaje się rozpoznawać znaną muzykę czy piosenki, jednak nie potrafią ich zaśpiewać, są w stanie natomiast zauważyć, który dźwięk jest zmieniony lub którego brakuje, i wiedzą, w jakim momencie powinien się pojawić. Niekiedy można zachęcić dziecko do zagrania melodii na dzwonkach w ramach skali i dodać słowa, które nadadzą sens całości. To wzbudza uwagę dziecka i utrzymuje jego

⁵³² Ibidem, s. 10.

akceptację dla muzycznej formy. Czasem wydobywany materiał jest nieestetyczny, odchodzi od melodii na rzecz dysonansów, jednak nie stanowi to przeszkody – w tym okresie najistotniejsza jest satysfakcja dziecka, jego zadowolenie z siebie i ze swojej aktywności. W obszarze rozwoju melodii zaleca się: granie lub śpiewanie imienia dziecka w danym interwale, najlepiej z zastosowaniem takich interwałów, które nie wywołują napięcia (tercje czy kwarty czyste); praca oparta na produkcjach wokalnych (na samogłoskach); w przypadku stereotypowych powtórzeń wokalnych można powtórzyć dźwięk na innym instrumencie (podobnie jest z schematami rytmicznymi). W obszarze rozwoju rytmu: wizualizacja długości trwania dźwięków może stanowić element wzmocnienia pracy nad komunikacją mowy i procesów poznawczych; działania rytmiczne, czyli trwanie lub zaprzestanie dźwięku, są też procesem socjalizacyjnym⁵³³.

2. **Poziom drugi** – poziom, na którym dziecko wykazuje świadomość motoryczną i percepcyjną. W bezpiecznym środowisku potrafi tworzyć dźwięki całkowicie swobodnie. Zaczyna pojawiać się nieskrępowana ekspresja, tzn. odkrywanie, eksperymentowanie, spontaniczne wykonywanie aktywności muzycznych w dowolny sposób. Muzyka istnieje jako wsparcie (zacznie większe od słów). Dziecko wie instynktownie, że razem z terapeutą mogą budować celową i satysfakcjonującą muzyczną formę. Pojawiają się zróżnicowane formy improwizacji – czasem przez swoją grę dziecko wyraża różne nastroje, np. złość, bunt czy wycofanie. Dziecko w tym czasie powinno ujawniać czucie muzyczne, poczucie tonalne i rytmiczne, zachowania społeczne względem instrumentów muzycznych, używać głosu jako formy ekspresji samego siebie oraz relacji z terapeutą; powinno wykazywać uwagę oraz świadomość procesu terapeutycznego. Nawet jeżeli jego osiągnięcia są minimalne, to sama motywacja oraz dojrzałość budują wystarczającą przestrzeń do tworzenia w dalszym etapie muzyki w grupie. Poprzez uczestnictwo w grupie dziecko uczy się społecznych zachowań, tolerowania i akceptowania innych, co stanowi pierwszy krok do społecznej dojrzałości⁵³⁴.

Jak podkreślają autorki, aspekt edukacyjny sesji wiąże się z dojrzwaniem procesów poznawczych osiąganym poprzez pracę muzykoterapeutyczną. Kiedy dziecko słucha, powinno rozpoznawać określone wzorce znanych motywów, skali, serie pięciu dźwięków,

⁵³³ Ibidem, s. 12–20.

⁵³⁴ Ibidem, s. 21–23.

kolorystkę różnych instrumentów czy schematy rytmiczne. Poprzez tą świadomość jest w stanie przystosować się do pewnego obszaru muzycznego. Zrozumienie i zaangażowanie się w muzykę powoduje rozwój operacji myślowych, takich jak oczekiwanie i zapamiętywanie dźwięku, świadomość interwałów, schematów rytmicznych, zrozumienie intensywności, częstotliwości, szybkości i kolorystyki. Powtarzające się elementy muzyczne pomagają dziecku przywiązać się do struktury, co sprzyja zredukowaniu obsesyjnych zachowań stereotypowych. Rozumienie muzyki jako strukturalnego rozkładu dźwięków może przypominać poziom rozumienia organizacji języka. Proste słowa powiązane z muzyczną aktywnością w pojęciu dziecka stanowią całość, wspierając jego pamięć i kontrolę motoryczną. Dziecko i terapeuta powinni dążyć do odkrycia znaczenia dźwięku, które jest tworzone przez różne obiekty oraz różne techniki. Jest to zamykające się koło (w którym wykorzystuje się te same narzędzia) wielu możliwości, które obejmują dźwięk, muzykę, obiekty, ruch, głos, słowa, doprowadzając do stopniowej integracji⁵³⁵.

2.5.2 Muzykoterapia Nordoff-Robbins

Innymi uznanymi praktykami, którzy wiele lat poświęcili pracy muzykoterapeutycznej z dziećmi z autyzmem, byli Paul Nordoff i Clive Robbins, twórcy **muzykoterapii kreatywnej**⁵³⁶. Podkreślali, „za pośrednictwem muzyki możliwe jest dotarcie do najgłębszych warstw osobowości”⁵³⁷. Zaproponowane przez badaczy techniki terapii muzyką, oparte głównie na improwizacji, zostały opracowane z myślą o dzieciach z niepełnosprawnościami (także z autyzmem) – o rozwoju ich twórczego potencjału i „wzmocnieniu ich funkcji psychicznych przez pozytywne przeżycia i korzystne doświadczenia społeczne”⁵³⁸. Autorzy na podstawie swoich doświadczeń wyznaczyli sekwencję muzykoterapeutycznych kroków/celów, które ich zdaniem pozwalają na dotarcie do dziecka z autyzmem:

- stopniowa stabilizacja, budowanie poczucia bezpieczeństwa, przejście z odczuwania lęku do przyjemności z aktywności muzycznej,
- praca nad rozwojem indywidualnych elementów aktywności muzycznej – powodująca rosnące zainteresowanie i satysfakcję,

⁵³⁵ Ibidem, s. 25–28.

⁵³⁶ Więcej o ich podejściu można znaleźć w podrozdziale 2.4.1 *Muzykoterapia Nordoff-Robbins*.

⁵³⁷ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi...*, op. cit., s. 118.

⁵³⁸ Ibidem, s. 118.

- intensyfikacja uczestnictwa – sposób wyrażenia siebie⁵³⁹.

Autorzy opisali rodzaje wypowiedzi muzycznych dzieci z niepełnosprawnością, w tym również z dziećmi z autyzmem, w interakcji z terapeutą – od gry zawierającej pełną swobodę rytmiczną po grę chaotyczną i twórczą⁵⁴⁰. Na podstawie wielu obserwacji i wnikliwej mikroanalizy sesji terapeutycznych (wszelkich muzycznych zachowań) opracowali własną formę ewaluacji stopnia uczestnictwa dziecka w jego rozwijającej się muzycznej relacji z terapeutą. Pierwszy stopień uczestnictwa cechuje się brakiem jakiegokolwiek przywiązania czy relacji – zachowania świadczą o nieakceptacji sytuacji, odrzuceniu, manifestowaniu niechęci. Stopień drugi pokazuje wstępną akceptację działań oraz niepewny kontakt z terapeutą, a zachowania ze stopnia pierwszego zostają wyparte. W stopniu trzecim i czwartym interakcja rozwija się jako forma spójnego zaangażowania dziecka w aktywność. Elementy interakcji pojawiają się wtedy, kiedy muzyczna aktywność się rozwija. Nabyte doświadczenia powodują, że zwiększa się komunikacyjna asertywność i muzyczna ekspresja. U dziecka przechodzącego ze stopnia czwartego przez piąty do szóstego ujawniają się czynniki interpersonalne, takie jak: wspólna przyjemność, muzyczna wzajemność czy pewność siebie, która staje się wiodącą. Osiągając partnerstwo z terapeutą, przewyższając wcześniejsze ograniczenia, dziecko przechodzi do ostatniego, siódmego stopnia. Na tym stopniu uczestnictwa stabilność, pewność siebie podczas sesji i cele terapii są już w większej mierze zrealizowane⁵⁴¹.

Nordoff i Robbins kładli nacisk nie tylko na rozwój sfery społecznej, ale przede wszystkim komunikacyjnej – a dokładnie na rozwój muzycznej komunikacji, która jest procesem odkrywania. Muzyczna komunikacja często rozpoczyna się od unikania przez dziecko odpowiedzi i przechodzi do odkrywania nowych ścieżek komunikacyjnych doświadczeń, które ujawniają się w trakcie realizacji motywów, tematów we wspólnej aktywności z terapeutą⁵⁴². S. Procter podkreśla, że muzyczny wkład muzykoterapeuty (każda nuta, oddech, harmonia) przekłada się na wspólną improwizację i dzielenie się muzycznymi doświadczeniami, a to z kolei – na muzykoterapeutyczną więź terapeuty z uczestnikiem⁵⁴³. Tę więź M. Pavlicevic porównuje do więzi matki z dzieckiem, które na siebie wzajemnie

⁵³⁹ Ibidem, s. 95.

⁵⁴⁰ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do...*, op. cit., s. 53.

⁵⁴¹ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 372.

⁵⁴² Ibidem, s. 395–396.

⁵⁴³ S. Procter, *The therapeutic musical relationship...*, op. cit.

oddziałują⁵⁴⁴. Najistotniejszą rolę w procesie i w tym podejściu pełni muzyka – forma eksperymentowania z nią, jej odkrywania czy po prostu uczestnictwo w twórczym procesie. Według podejścia Nordoff-Robbins improwizacja jest podstawą zrozumienia tego, że uczestnik i terapeuta biorą udział w kreatywnej, muzycznej interakcji. Dzięki cechom improwizacji, takim jak: zmienność, wielość, możliwości dopasowania się, jej zastosowanie pozwala na nawiązanie kontaktu z dzieckiem w każdej sytuacji. Różne tempo improwizacji, rytm, liczba i częstotliwość pauz, frazowanie, kolorystyka, intensywność gry i śpiewu są dostosowane do aktywności dziecka⁵⁴⁵. Wykorzystanie różnorodnych, ale prostych instrumentów muzycznych – bębnów, tamburynów, talerzy, gongów, marakasów, instrumentów dętych (trąbki, flety, kazoo), trójkątów, dzwonków sztabkowych, ksylofonów i metalofonów oraz instrumentów szarpanych (gitara czy ukulele) – sprawia, że dziecko z autyzmem może w sposób atrakcyjny odbierać świat zewnętrzny, uczyć się go i zapamiętywać właśnie za pomocą muzyki i jej elementów⁵⁴⁶. Celem terapii, niezależnie od trudności czy ograniczeń uczestnika, jest ustabilizowanie przez niego nowych osiągnięć i doświadczeń nabytych podczas procesu muzykoterapeutycznego oraz przeniesienie ich do konkretnych, codziennych sytuacji, czynności i zajęć⁵⁴⁷.

Tony Wigram i Chrisitan Gold akcentowali istotność podążania za dzieckiem z ASD lub dostrajania się (*musical attunement*) do jego aktualnego stanu⁵⁴⁸. Podążanie opiera się przede wszystkim na technikach improwizacyjnych, na zastosowaniu odpowiednio dobranych elementów muzycznych, które mogą odzwierciedlać m.in. samopoczucie dziecka, ruchy ciała, sposób poruszania się. Dostrajanie się rozumiane jest jako respektowanie potrzeb i możliwości dziecka w ramach budowania muzycznej struktury⁵⁴⁹. Terapeuta podczas procesu powinien wybrać odpowiedni moment na zbliżenia się do dziecka poprzez śpiew, ciszę (pauzy), swoje zachowanie – delikatne spojrzenia, zapraszającą mimikę twarzy. To sprawi, że dziecko poczuje się bezpieczne i gotowe do wspólnej muzycznej aktywności⁵⁵⁰.

⁵⁴⁴ M. Pavlicevic, *Music Therapy in Context. Music, Meaning and Relationship*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia, 2010, s. 118–119.

⁵⁴⁵ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi...*, op. cit., s. 125.

⁵⁴⁶ P. Nordoff, C. Robbins, *Music Therapy in Special Education*, The John Day Company, New York 1971, s. 83–91.

⁵⁴⁷ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi...*, op. cit., s. 98.

⁵⁴⁸ T. Wigram, Ch. Gold, *Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence*, „Child: Care, Health and Development” 2006, nr 32 (5), s. 535–542.

⁵⁴⁹ J. Kim, T. Wigram, Ch. Gold, *The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autism Children: A Randomized Controlled Study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2008, nr 38, s. 1758–1766.

⁵⁵⁰ M.R. Hintz, *Autism*, [w:] M.R. Hintz, *Guidelines for Music Therapy Practice in Developmental Health*, Barcelona Publishers, Gilsum 2013, s. 66.

O roli terapeuty w procesie muzykoterapeutycznym pisze w swoich rozważaniach Tony Wigram. Podkreśla on również konieczność respektowania podstawowych potrzeb dziecka: terapeutycznych (bezpieczna sytuacja terapeutyczna, przestrzeń dająca możliwość wyrażania siebie, stopniowe nawiązywanie interakcji), wynikających z zaburzenia (trudności w sferze komunikacyjno-społecznej, w zachowaniu, przetwarzaniu bodźców) oraz indywidualnych (zależnych od kontekstu społeczno-kulturowo-ekonomicznego)⁵⁵¹.

2.5.3 Muzykoterapia strukturalna⁵⁵²

Inną koncepcję pracy z dzieckiem z autyzmem proponują Petra Kern oraz Marcia Humpal⁵⁵³. Autorki wskazują na skuteczność pracy muzykoterapeutycznej opartej na EBP, z ustaloną procedurą działań i określonymi technikami terapeutycznymi, takimi jak: śpiewanie, rytmizowanie, granie na instrumentach, działania ruchowe, improwizacja i inne twórcze aktywności (malowanie do muzyki, elementy dramy czy tworzenie instrumentów)⁵⁵⁴. Autorki szczegółowo opisały wprowadzanie i stosowanie w procesie muzykoterapeutycznym strategii zalecanych przez *National Autism Center* w 2009 roku w pracy z dziećmi z ASD⁵⁵⁵. Zostaną one pokrótce scharakteryzowane poniżej.

Wprowadzanie struktury, przewidywalności i rutyny w procesie

Te trzy elementy są bardzo ważne podczas uczenia się nowych umiejętności. Pozwalają one zrozumieć następstwo aktywności. Według badań⁵⁵⁶ struktura i przewidywalność danej aktywności (w tym przypadku: piosenki powitalnej) powoduje poczucie niezależności i swobody. Strukturę w muzyce można osiągnąć poprzez odpowiednią formę (metrum dwu- lub trójdzielne, repetycje, czas trwania) oraz progresję (rytm, czas, melodię, harmonię). W zachowaniu struktury muzykoterapii pomagają: stałe miejsce i czas zajęć (ten sam dzień, tydzień, ta sama lokalizacja, z podobnym ustawieniem miejsca); ustabilizowana struktura zajęć (stosowanie takich samych lub podobnych aktywności);

⁵⁵¹ T. Wigram, *Methods and Techniques...*, op. cit., s. 195–196.

⁵⁵² Termin zaproponowany przez autorkę.

⁵⁵³ Koncepcje te zostały wspomniane wcześniej podczas wyszczególniania metod terapii dla dzieci z ASD opartych na dowodach (podrozdział 1.4 *Wczesne wykrywanie autyzmu i wczesne wspomaganie rozwoju oraz stosowane terapie*).

⁵⁵⁴ P. Kern, M. Humpal, *Common Techniques. SOS Early Childhood*, 10 rocznica konferencji AMTA, St. Louis, listopad 2008, podają za: P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen...*, op. cit., s. 166.

⁵⁵⁵ National Autism Center, *Findings and Conclusions...*, op. cit., s. 43–56.

⁵⁵⁶ P. Kern, M. Wolery, D. Aldridge, *Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines for Young Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2007, nr 37 (7), s. 1264–1271.

wprowadzanie zasad obowiązujących podczas sesji (np. kiedy terapeuta gra na instrumencie, dziecko słucha lub wybiera sobie inny instrument); stosowanie klarownej formy piosenek czy improwizacji (np. ABA), prostych skal muzycznych (np. pentatoniki), progresji akordów doprowadzających do rozwiązania; wykorzystywanie prostych piosenek; włączanie rekwizytów (np. maskotek, chust, książek), które podtrzymują uwagę dziecka i jego zaangażowanie; używanie obrazków czy wizualnych podpowiedzi reprezentujących daną aktywność muzyczną – dzięki obrazkowo-muzycznej strukturze dziecko dostrzega następstwo kolejnych działań w ramach muzykoterapii lub po jej zakończeniu⁵⁵⁷.

Stosowanie werbalnych, ruchowych, wizualnych, fizycznych wskazówek ułatwiających wykonywanie działań

Wykorzystywanie w działaniach muzykoterapeutycznych konkretnych wskazówek dostosowanych do potrzeb dziecka i jego możliwości jest istotnym elementem procesu muzykoterapeutycznego. Wskazówki **werbalne** mają postać krótkich, zwięzłych określeń słownych, np. „Twoja kolej, graj na bębnie”; wskazówki w postaci **gestu** wskazują na określoną czynność lub przedmiot; w przypadku wskazówek **fizycznych** terapeuta pokazuje pożądaną aktywność, trzymając rękę dziecka, np. bierze rękę dziecka i potrząsa nią i tamburynem; wskazówki **wizualne** to obrazek, zdjęcie, przedmiot przedstawiające daną aktywność w czytelnej dla dziecka z ASD formie; w **prostych aktywnościach opartych na modelowaniu** terapeuta demonstruje pożądaną aktywność czy umiejętność i zachęca dziecko do powtórzenia. Sposób i liczba wskazówek powinny być ustalone przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny stosownie do indywidualnych potrzeb każdego dziecka. Wskazówki należy wprowadzać tuż przed wykonywaniem określonej czynności lub w jej trakcie. Terapeuci powinni stopniowo redukować liczbę wprowadzanych wskazówek, aby dziecko mogło rozwijać swoją niezależność, samodyscyplinę oraz motywację⁵⁵⁸. Wskazówki wpływają pozytywnie na rozwój dziecka, usprawniając sferę społeczną, komunikacyjną i poznawczą⁵⁵⁹.

⁵⁵⁷ P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen...*, op. cit., s. 167–168.

⁵⁵⁸ Ibidem, s. 169.

⁵⁵⁹ Ibidem.

Planowanie zmiany (płynne przejście z jednej czynności w drugą)

Zmiany dla dziecka z autyzmem są prawdziwym wyzwaniem i często powodują u niego duży niepokój. Należy zatem wprowadzić takie strategie terapeutyczne, które pomogą dziecku przejść przez zmiany oraz radzić sobie z nimi. Takimi strategiami są m.in. stosowanie struktury i rutyny oraz wykorzystywanie wizualnych instrukcji⁵⁶⁰. Piosenki i dźwiękowe sygnały mogą przygotowywać dziecko na to, co za chwilę nastąpi. Badania przeprowadzone na trzech przypadkach, z którymi pracowano przy użyciu tzw. piosenek przejściowych (będących łącznikiem pomiędzy jedną aktywnością a drugą), pokazały, że dzięki piosenkom dzieci znacznie szybciej reagowały na polecenia, wykazywały znacznie większy stopień gotowości na nadchodzące zmiany, a zarazem mniejszy lęk przed kolejnymi czynnościami⁵⁶¹. Muzykoterapeutyczne strategie przygotowujące dziecko na zmianę polegają na komponowaniu piosenek stworzonych specjalnie na potrzeby określonej sytuacji oraz pisaniu słów piosenki powtarzających kilka razy myśl przewodnią. Piosenki mogą być śpiewane przez różne osoby w wielu miejscach do specjalnie skomponowanej muzyki lub do muzyki z innych znanych dziecku piosenek. Można je wykonywać i powtarzać bezpośrednio przed daną sytuacją i/lub wykonywać ją razem z dzieckiem w trakcie czynności aż do przejścia do innej czynności⁵⁶². Do momentu, w którym dziecko nauczy się, czego oczekuje się od niego podczas zmiany działania, terapeuta powinien ograniczyć bodźce zewnętrzne i wykorzystanie wskazówek. Stosowanie tej samej piosenki w różnych środowiskach i sytuacjach z udziałem różnych osób ułatwia dziecku zmianę aktywności poza muzykoterapią⁵⁶³.

Organizowanie środowiska, w którym dziecko się uczy

Odpowiednia organizacja środowiska, w którym dziecko przyswaja wiedzę, obejmuje: właściwe przygotowanie i przystosowanie przestrzeni (sala, rekwizyty, instrumenty), wykorzystywanie planów aktywności (instrukcje z kolejnością działań w formie pisemnej lub obrazkowej⁵⁶⁴) oraz rozwijanie systemu aktywności. Należy zorganizować miejsce

⁵⁶⁰ Ibidem, s. 171.

⁵⁶¹ D. Register, M. Humpal, *Using musical transitions in early childhood classrooms: Three case examples*, „Music Therapy Perspectives” 2007, nr 25 (1), s. 25–31.

⁵⁶² P. Kern, *Singing our way through the day: Using music with young children during daily routines*, „Children and Families” 2008, nr 22 (2), s. 50–56.

⁵⁶³ P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen...*, op. cit., s. 170–171.

⁵⁶⁴ M.R. Hintz, *Autism*, op. cit., s. 74.

działań muzykoterapeutycznych ułatwia pracę z dzieckiem, sprzyja zabawie oraz nawiązywaniu interakcji z rówieśnikami⁵⁶⁵. Z kolei wizualne plany aktywności dziecka prowadzą je przez kolejne aktywności podczas sesji muzykoterapeutycznej⁵⁶⁶.

Praktyczne kroki wykorzystywane przy wprowadzaniu tej strategii, zalecane przez *National Professional Development Center* (NPDC), to: (1) określenie muzycznego obszaru (dostosowanie mebli i innych sprzętów oraz przestrzeni wyznaczonej do eksploracji); (2) wyznaczenie przestrzeni, gdzie dzieci powinny siedzieć (np. dywan, poduszki) po upewnieniu się, czy wybrane miejsce jest dla nich odpowiednie (np. czy wszystkie dzieci widzą terapeutę, czy czują się komfortowo, czy mają wystarczająco dużo miejsca); (3) zaadaptowanie przestrzeni, w której dziecko będzie mogło realizować swoje indywidualne potrzeby (np. ciche słuchanie muzyki lub odejście od aktywności muzycznych na jakiś czas); (4) zorganizowanie oraz naklejenie nazw/obrazków instrumentów lub innych rekwizytów, dzięki którym dziecko będzie miało możliwość wyboru przedmiotu oraz będzie wiedziało, z czego może korzystać na zajęciach; (5) stworzenie wizualnego planu aktywności do konkretnych obszarów sesji (np. symbole piosenek); (6) wspieranie dziecka w jego pracy/aktywności (np. poprzez opracowanie listy zadań do zrobienia przez dziecko, określenie czasu trwania aktywności, odnotowanie osiągnięć oraz zrealizowanych zadań⁵⁶⁷.

Dawanie dodatkowego czasu na odpowiednie wykonanie zadania oraz dawanie możliwości powtórzenia

Dawanie dziecku z ASD dodatkowego czasu to kolejna strategia, która pomaga mu w powtarzaniu danych czynności po to, aby mogło się nauczyć różnych zachowań. Ilość tego czasu zależy od potrzeb dziecka i czynności, która dziecko ma przyswoić. Strategia ta jest często stosowana w nauce języka czy umiejętności akademickich (związanych z czytaniem, pisanem czy liczeniem). W działaniach muzykoterapeutycznych dodatkowy czas oznacza wykorzystywanie dodatkowych pauz, np. wprowadzenie do struktury piosenki, przy której dziecko ma wykonać dane działanie, czterech pauz ćwierćnotowych, po których następuje powrót do aktywności. Praktyczne kroki wykorzystywane przy wprowadzaniu tej strategii to: (1) określenie umiejętności, której chcemy nauczyć (np. naprzemienne granie na instrumentach); (2) ocena obecnych umiejętności dziecka (np. dziecko chętnie uczestniczy

⁵⁶⁵ P. Kern, D. Aldridge, *Using Embedded Music Therapy...*, op. cit., s. 270–294.

⁵⁶⁶ A. Furman, *Young children with autism spectrum disorder*, „Early Childhood Connections” 2001, nr 7 (2), s. 43–49.

⁵⁶⁷ P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen...*, op. cit., s. 172.

w zajęciach, czeka na swoją kolej, naśladuje grę na instrumentach); (3) wybór stymulacji lub wskazówki i zaprezentowanie jej dziecku (np. zaprezentowanie instrumentu i zaśpiewanie: „Teraz jest twoja kolej na granie na bębnie”); (4) określenie aktywności i czasu nauczania (granie naprzemiennie na trzech instrumentach na zajęciach i w domu); (5) wybór odpowiedzi; (6) ustalenie czasu na odpowiedź – zapewnienie dodatkowego czasu i możliwości powtórzenia (*constant time delay*); (7) określenie pozytywnego wzmocnienia (np. aplauz pośród rówieśników i dorosłych lub wybór zabawy przez dziecko)⁵⁶⁸.

Aktywne włączanie rówieśników neurotypowych w rozwój dzieci z ASD

Aktywne włączanie rówieśników neurotypowych w rozwój dzieci z ASD (*peer-mediated instruction*) to strategia, w której rówieśnicy są systematycznie uczeni, jak angażować się w aktywności wraz z dziećmi z autyzmem. Angażowanie rówieśników jest efektywnym sposobem pracy nad komunikacją oraz umiejętnościami społecznymi u dzieci z ASD⁵⁶⁹. Muzykoterapia we wczesnej interwencji stosuje tę strategię w małej grupie. Praktyczne kroki wykorzystywane przy wprowadzaniu tej strategii to: (1) opracowanie prostej muzycznej interwencji będącej celem edukacyjnym dla konkretnego dziecka z ASD; (2) stworzenie procedury oraz zgromadzenie materiałów, które będą potrzebne do zajęć; (3) wybór rówieśników, którzy: interesują się muzyką, wykazują wysoki poziom kompetencji społecznych i duże umiejętności językowe, cechują się pozytywnym nastawieniem do dzieci z ASD, potrafią wykonywać polecenia, są zmotywowani, aby brać udział w zajęciach, oraz mają możliwość regularnego uczestniczenia w sesjach; (4) edukowanie dzieci neurotypowych na temat różnic i podobieństw między nimi i dziećmi z ASD oraz tłumaczenie im, w jaki sposób tworzenie muzyki może wspierać rozwój dzieci z autyzmem, np. „Gdy przestaniesz grać na bębnie, przekaz go osobie z ASD, podaj jej pałeczkę i pomóż w jej chwyceniu oraz kontynuowaniu gry”; (5) wprowadzenie u dziecka z ASD określonej muzycznej interwencji poprzez pokazywanie krok po kroku struktury muzycznych działań, dając każdemu dziecku możliwość praktycznego doświadczania aktywności, oraz dostarczenie wsparcia i wzmocnienia po wykonaniu zadania w sposób prawidłowy; (6) dostarczanie wskazówek i wzmocnień potrzebnych w stosowaniu muzycznych aktywności, dopóki uczestnicy nie osiągną wprawy w wykonywaniu działań; (7) obserwowanie progresu dzieci i dostarczanie im

⁵⁶⁸ Ibidem, s. 173–174.

⁵⁶⁹ C.A. DiSalvo, D.P. Oswald, *Peer-mediated interventions to increase the social interaction of children with autism: Considerations of peer expectancies*, „Focus on Autism and Other Developmental Disorders” 2002, nr 17 (4), s. 198–207.

pozytywnych informacji zwrotnych – zarówno dzieciom z ASD, jak i neurotypowym uczestnikom terapii – dzięki którym mają motywację do kontynuacji wspólnego uczenia się⁵⁷⁰.

Wszystkie strategie powinny być oparte na podejściu skoncentrowanym na dziecku – to dziecko jako uczestnik terapii jest zawsze podmiotem działań terapeutycznych. Z tego założenia wyłaniają się następujące pytania dotyczące uczestnika terapii, terapeuty i całego procesu muzykoterapeutycznego:

1. Co jest najważniejsze dla uczestnika terapii?
2. Co może zyskać lub osiągnąć uczestnik podczas muzykoterapii?
3. Jakie jest nastawienie terapeuty do pomagania drugiej osobie?
4. Jak muzyka może pomóc?⁵⁷¹
5. Co terapeuta chce, aby osiągnął uczestnik terapii?
6. Co według terapeuty będzie dobre dla uczestnika terapii?
7. Co zdaniem terapeuty uczestnik terapii pragnie osiągnąć w ramach muzykoterapii?⁵⁷²

Powyższe pytania stały się istotnym aspektem rozważań ujętych w niniejszej pracy. Nie są one pytaniami badawczymi⁵⁷³, ale wyrazem refleksji nad istotą muzykoterapii oraz relacją pomiędzy terapeutą a dzieckiem w procesie terapeutycznym.

2.6 Muzykoterapia w autyzmie – badania

Efektywność muzykoterapii w pracy z dziećmi z niepełnosprawnościami i zaburzeniami była przedmiotem zainteresowania wielu badaczy. Zakres badań obejmował różne deficyty, umiejętności i sfery rozwojowe. Badania te potwierdziły pozytywne oddziaływanie muzykoterapii na wiele obszarów rozwojowych. Aktualny stan badań zaprezentowano w tabeli 10.

⁵⁷⁰ P. Kern, M. Humpal, *Strategies and Techniques. Making it Happen...*, op. cit., s. 174–175.

⁵⁷¹ B.L. Wheeler, C.L. Shultis, D.W. Polen, *Clinical Training Guide for...*, op. cit., s. 21–24.

⁵⁷² Pytania zadane podczas superwizji muzykoterapeutycznej przez muzykoterapeutkę Rachel Verney w marcu 2016 roku.

⁵⁷³ Pytania badawcze zamieszczono w podrozdziale 4.5 *Problemy badawcze, hipotezy, zmienne i wskaźniki*.

Tabela 10. Stan najważniejszych badań z zakresu przydatności muzykoterapii w pracy z osobami z autyzmem

Autor badania i rok	Analiza zmiennych/danych	Typ zmiennych	Badana grupa	Rodzaj badania	Wyniki
Cindy Edgerton, 1994	Umiejętności społeczne oparte na naprzemienności; umiejętności komunikacyjne; muzyczne i niemuzyczne zachowania społeczne nastawione na nawiązanie kontaktu	Społeczne i komunikacyjne	$n = 11$, 6–9 lat	Eksperyment	Po sesjach wykorzystujących improwizację zaobserwowano wzrost umiejętności komunikacyjnych; po sesjach opartych na skomponowanej muzyce odnotowano widoczny spadek naprzemiennych odpowiedzi
Evelyn M. Buday, 1995	Umiejętności komunikacyjne związane z przyswajaniem słów, powtórzeniami	Społeczne i komunikacyjne	$n = 10$	Eksperyment	Podczas śpiewania piosenki liczba właściwie powtórzonych słów była wyższa niżeli podczas wypowiedzi słownych bez muzyki
Hayoung A. Lim, 2010	Wzrost wypowiedzi słownych	Komunikacyjne	$n = 50$, 3–5 lat	Eksperyment z trzema grupami	Pozytywny efekt muzycznej i słownej stymulacji, który wykazał wzrost wypowiedzi słownych u dzieci; u dzieci tzw. nisko funkcjonujących wzrost tego typu wypowiedzi zaobserwowano tylko w grupie muzycznej
Hayoung A. Lim, E. Draper, 2011	Rozwój mowy u dzieci werbalnych i u dzieci z zaburzeniami mowy w postaci echolalii bezpośredniej	Komunikacyjne	$n = 22$, 3–5 lat	Eksperyment z trzema grupami	W grupie, w której wprowadzono czynnik muzyczny wraz z technikami stosowanej analizy zachowania, oraz w grupie, w której wykorzystano techniki stosowanej analizy zachowania wraz z mową, dostrzeżono skuteczność produkcji werbalnych dzieci. Głębsze analizy badań wykazały, że połączenie muzyki z treningiem mowy w ramach stosowanej analizy zachowania może być

					efektywnym narzędziem wspomagającym rozwój mowy u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi
G.S. Gattino, R. dos Santos Riesgo i inni, 2011	Werbalne i niewerbalne formy komunikacji oraz umiejętności społeczne	Społeczne i komunikacyjne	$n = 24$	Eksperyment	Analiza wyników pokazała, że członkowie grupy eksperymentalnej (muzycznej), osiągnęli statystycznie wyższe wyniki aniżeli członkowie grupy kontrolnej, zwłaszcza w obszarze komunikacji niewerbalnej
Kathryn Simpson, Deborah Keen, Janeen Lamb, 2013	Efektywność muzyki w procesie uczenia się języka, stopień zaangażowania oraz wyniki w nauce	Komunikacyjne, akademickie, emocjonalne	$n = 22$	Eksperyment	W grupie, w której wprowadzono czynnik muzyczny, dzieci były bardziej zaangażowane w proces uczenia się aniżeli dzieci w grupie kontrolnej, (czynnik mówiony bez muzyki); wyniki badania pokazały, że wzrost zaangażowania jest silnie powiązany ze wzrostem liczby poprawnych odpowiedzi, niezależnie od rodzaju wprowadzanej interwencji
Dawn Wimpory, Paula Chadwick, Susan Nash, 1995	Nawiązywanie interakcji pomiędzy dzieckiem a jego mamą	Społeczne	$n = 1$, 3 lata	Studium przypadku	Poprawa w utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, w inicjowaniu kontaktu z rodzicem oraz przejawianie większego zaangażowania w relację
Petra Kern, Mark Wolery, David Aldridge, 2007	Wpływ piosenki zawierającej opis poszczególnych kroków czynności na funkcjonowanie dzieci mających trudności ze zmianą aktywności	Społeczne, zachowania	$n = 2$	Eksperyment indywidualizujący (ABAB)	Skomponowana specjalnie dla uczestnika piosenka ułatwiła dziecku przejście od jednej czynności do drugiej, tym samym zmniejszając zachowania zakłócające wynikające z lęku przed zmianami
Jinah Kim, Tony Wigram,	Sprawdzenie, która z aktywności –	Społeczne, emocjonalne	$n = 10$, 3–5 lat	Eksperyment	Emocjonalne i motywacyjne formy odpowiedzi dzieci

Christian Gold, 2009	<p>muzykoterapia czy terapia zabawą – przyniesie pozytywne wyniki w obszarze emocji i motywacji (radość, gotowość do zaangażowania się, współodczuwanie) oraz w obszarze kompetencji społecznych (odpowiedź na interakcję z terapeutą, uległość lub jej brak, samoistne inicjowanie kontaktu)</p>				<p>podczas improwizacji muzycznej były częstsze niż w terapii poprzez zabawę; interakcje oraz chęć inicjowania kontaktu były znacznie częstsze i wyraźniejsze w trakcie muzykoterapii niż w trakcie terapii poprzez zabawę; więcej braków komunikacyjnych przy terapii zabawą niż przy muzykoterapii opartej na improwizacji</p>
Potheini Vaiouli, Hannah Schertz, 2012	<p>Wpływ aktywnej interwencji muzycznej na wspólną i naprzemienną uważność dzieci w kontakcie z nauczycielami oraz rodzicami</p>	Społeczne	$n = 3$, 5–7 lat	Studium przypadku	<p>Poprawił się spontaniczny kontakt wzrokowy; pojawiało się więcej celowych zachowań społecznych; dzieci reagowały na wspólne pole uwagi, a przy muzycznej interakcji inicjowały kontakt z terapeutą; wspólna uwaga przejawiała się również w innych środowiskach</p>
Grace Thomson, Katrina McFerran, Christian Gold, 2013	<p>Wpływ muzykoterapii skoncentrowanej na rodzinie (<i>Family-centred Music Therapy</i> – FCMT) na umiejętności społeczne, a właściwie na zaangażowanie w kontakty społeczne w rodzinie</p>	Społeczne	$n = 23$	<p>Eksperyment oraz wywiady (badania mieszane)</p>	<p>Poprawa jakości umiejętności społecznych stwierdzona przez rodziców dzieci. Wpływ FCMT na tzw. podobszary sfery społecznej: reagowanie na innych, naśladowanie umiejętności, dzielenie się, współpraca z innymi podczas zabawy, oraz komunikacyjne zachowania w społecznym kontekście</p>
Edward	Wpływ	Społeczne,	$n = 107$	Eksperyment	Dostrzeżono znacząco

Schwartzberg, Michael Silverman, 2013	społecznych historii w formie muzycznej na umiejętność rozumienia i generalizowania zachowań społecznych u dzieci	poznawcze			wyższy poziom zrozumienia danego zachowania społecznego w grupie muzycznej niż w grupie kontrolnej. Zaobserwowano także pozytywne zmiany w dwóch pomiarach (pretest i posttest) w obu grupach (z czynnikiem muzycznym i mówionym)
Blythe A. LaGasse 2014	Wpływ grupowej muzykoterapii (<i>Group Music Therapy</i>) na poprawę umiejętności społecznych	Społeczne	$n = 17$, 6–9 lat	Eksperyment	Osiągnięcie znacznie lepszych rezultatów przez dzieci z grupy eksperymentalnej niż z grupy kontrolnej. Do osiągnięć zaobserwowanych podczas sesji można zaliczyć umiejętności związane ze wspólnym polem uwagi oraz kontaktem wzrokowym ukierunkowanym na osobę. Nie dostrzeżono jednak zmian w zachowaniu związanym z inicjowaniem kontaktu, z odpowiedziami na dany komunikat czy wycofaniem
June Katagiri, 2009	Kodowanie i dekodowanie czterech emocji: szczęścia, smutku, złości, strachu	Poznawcze	$n = 11$, 11–12 lat	Eksperyment	Uczestnicy znacznie lepiej rozpoznawali emocje, gdy w tle pojawiała się improwizowana muzyka oddająca ich charakter. Zaobserwowano ponadto, że we wszystkich sposobach wykorzystania emocji umiejętności dekodowania emocji znacznie przewyższały umiejętności kodowania
Kathryn Simpson, Deborah Keen, 2010	Rozumienie, przyswajanie i zapamiętywanie piosenki za pomocą wizualno-	Poznawcze	$n = 3$	Studium przypadku	Uczestnikom badania o wiele łatwiej przychodziło powtarzanie piosenki oraz jej wykonywanie (nawet po trzech tygodniach od

	muzycznej prezentacji piosenki				zaprzeczenia interwencji muzykoterapeutycznej)
Varvara Pasiali, A. Blythe LaGasse, Saundra Penn, 2014	Wykorzystanie muzycznego treningu uwagi (<i>Musical Attention Control Training</i> – MACT; jedna z technik muzykoterapii neurologicznej)	Poznawcze	$n = 9$, 13–20 lat	Eksperyment	Analiza danych wykazała pozytywne zmiany w selektywności uwagi, jej wydłużenie oraz lepszą kontrolę uwagi podczas działań muzykoterapeutycznych
Christina Whipple, Kate Gfeller i inni, 2015	Możliwości rozpoznawania emocji i związanych z nimi ruchów ukazanych za pomocą muzyki u dzieci z różnymi zaburzeniami komunikacyjnymi: ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu, z implantami ślimakowymi oraz z autyzmem	Poznawcze	–	Eksperyment	Wyniki pokazały, że pomiędzy dziećmi z ASD a dziećmi prawidłowo rozwijającymi się nie było znaczącej różnicy w muzycznym identyfikowaniu emocji czy towarzyszących im ruchów. Różnice te pojawiły się natomiast w grupie dzieci niesłyszących
Petra Kern, Linn Wakeford, David Aldridge, 2007	Wpływ specjalnie skomponowanych oraz znanych piosenek na dzieci mające trudności z wykonywaniem złożonych czynności samoobsługowych	Poznawcze	$n = 2$	Studium przypadku	Interwencje oparte na śpiewanej piosence były skuteczniejsze niż instrukcje słowne podczas codziennych aktywności wykonywanych przez dzieci. Skuteczniejsze okazały się też piosenki znane ze zmienionym tekstem niż specjalnie skomponowane

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. Edgerton, *The Effect of Improvisational Music Therapy on the Communicative Behaviors of Autistic Children*, „Journal of Music Therapy” 1994, nr 31 (1), s. 31–62; E.M. Buday, *The Effects of Signed and Spoken Words Taught with Music on Sign and Speech Imitation by Children with Autism*, „Journal of Music Therapy” 1995, nr 32 (3), s. 189–202; H.A. Lim, *Effect of Developmental Speech and Language Training Through Music on Speech Production in Children with Autism*

Spectrum Disorders, „Journal of Music Therapy” 2010, nr 48 (1), s. 2–26; H.A. Lim, E. Draper, *The Effects of Music Therapy Incorporated with Applied Behavior Analysis Verbal Behavior Approach for Children with Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Music Therapy” 2011, nr 48 (4), s. 532–550; G.S. Gattino, R. Riesgo dos Santos, D. Longo, J.C.L. Leite, L.S. Faccini, *Effects of Relational Music Therapy on Communication of Children with Autism. A Randomized Controlled Study*, „Nordic Journal of Music Therapy” 2011, nr 20 (2), s. 142–154; K. Simpson, D. Lamb, *The Use of Music to Engage Children with Autism in a Receptive Labelling Task*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 2013, nr 7, s. 1489–1496; D. Wimpory, P. Chadwick, S. Nash, *Brief report. Musical Interaction Therapy for Children with Autism: An Evaluative Case Study with Two-Year Follow-Up*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1995, nr 25 (5), s. 541–552; P. Kern, M. Wolery, D. Aldridge, *Use of Songs to Promote...*, op. cit.; J. Kim, T. Wigram, Ch. Gold, *Emotional, Motivational and Interpersonal Responsiveness of Children with Autism in Improvisational Music Therapy*, „Autism” 2009, nr 13 (4), s. 389–409; P. Vaiouli, H. Schertz, *Promoting Social Engagement for Young Children with Autism: A Music Therapy Approach*, Triennial Conference of The European Society for the Cognitive Sciences of Music 2012, s. 23–28, http://icmpc-escom2012.web.auth.gr/files/papers/1044_Proc.pdf (data dostępu: 23.09.2017); G. Thompson, K. McFerran, Ch. Gold, *Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study*, „Child: Care, Health and Development” 2013, nr 40 (6), s. 840–852; E. Schwartzberg, M. Silverman, *Effects of music-based social stories on comprehension and generalization of social skills in children with autism spectrum disorders: A randomized effectiveness study*, „The Arts in Psychotherapy” 2013, nr 40, s. 331–337; B.A. LaGasse, *Effects of a Music Therapy Group Intervention on Enhancing Social Skills in Children with Autism*, „Journal of Music Therapy” 2014, nr 51 (3), s. 250–275; J. Katagiri, *The Effect of Background Music and Song Texts on the Emotional Understanding of Children with Autism*, „Journal of Music Therapy” 2009, nr 46, s. 15–31; K. Simpson, D. Keen, *Teaching Young Children with Autism Graphic Symbols Embedded Within an Interactive Song*, „Journal of Developmental and Physical Disabilities” 2010, nr 20, s. 165–177; V. Pasiali, A.B. LaGasse, L.S. Penn, *The Effect of Musical Attention Control Training (MACT) on Attention Skills of Adolescents with Neurodevelopmental Delays. A Pilot Study*, „Journal of Music Therapy” 2014, nr 51 (4), s. 333–354; Ch. Whipple, K. Gfeller, V. Driscoll, J. Oleson, K. McGregor, *Do Communication Disorders Extend to Musical Messages? An Answer from Children with Hearing Loss or Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Music Therapy” 2015, nr 52 (1), s. 78–116; P. Kern, L. Wakeford, D. Aldridge, *Improving the Performance of a Young Child with Autism During Self-Care Tasks Using Embedded Song Interventions: A Case Study*, „Music Therapy Perspectives” 2007, nr 25 (1), s. 43–51.

Warto przywołać również wyniki metaanaliz związanych z autyzmem i muzykoterapią. Metaanaliza przeprowadzona przez Jennifer Whipple⁵⁷⁴ wskazała, że muzykoterapia może być skuteczną interwencją terapeutyczną u dzieci i młodzieży z autyzmem. W drugiej metaanalizie uzyskano podobne rezultaty – muzykoterapię uznano za

⁵⁷⁴ J. Whipple, *Music in Intervention for Children and Adolescents with ASD: Meta-analysis*, „Journal of Music Therapy” 2004, nr 41 (2), s. 90–106.

interwencję, która pozytywnie wpływa na ich rozwój⁵⁷⁵. Skuteczność muzykoterapii w obszarach, które utrudniają funkcjonowanie osób z autyzmem, została potwierdzona również w najnowszej metaanalizie⁵⁷⁶, jednak autorzy wyraźnie podkreślali jej ograniczenia metodologiczne wynikające ze zbyt małej grupy badawczej ($n = 10$). Akcentowali konieczność przeprowadzenia kolejnych badań na szerszej grupie badawczej, które umożliwią określenie efektywności muzykoterapii we wspomaganiu rozwoju dzieci z ASD w bardziej miarodajny sposób⁵⁷⁷.

Przedstawiony stan badań dowodzi, że istnieje bogate zaplecze badawcze dla muzykoterapii i jej oddziaływania na rozwój dzieci i młodzieży z autyzmem. Jednak dotyczy to głównie krajów Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, natomiast osiągnięć w tym zakresie na gruncie polskim jest wciąż niewiele, chociaż powstało kilka aktualnych opracowań⁵⁷⁸. Dlatego tak ważną kwestią jest prowadzenie w Polsce badań z tego zakresu, zwłaszcza badań mieszanych, które ukazują problem badawczy w szerszej perspektywie ze względu na wykorzystanie wielu metod, ujęć czy paradygmatów⁵⁷⁹.

Przedstawione badania wskazały również na znaczącą – i coraz mocniejszą – pozycję terapii poprzez muzykę w całokształcie działań terapeutycznych – uwypuklając zarówno jej wymiar praktyczny oraz wartość naukową, jak i zapotrzebowanie na dalsze badania w tym obszarze. Odpowiedzią na to zapotrzebowanie są badania własne, które zostaną przedstawione w dalszej części niniejszej pracy.

⁵⁷⁵Ch. Gold, T. Wigram, C. Elephant, *Music Therapy for Autistic Spectrum Disorder*, „Cochrane Database of Systematic Reviews” 2006, nr 2, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub3/full> (data dostępu: 23.09.2017).

⁵⁷⁶M. Geretsegger, C. Elephant, K.A. Mossler, Ch. Gold, *Music Therapy for People with Autism Spectrum Disorder. Review*, „The Cochrane Library” 2014, nr 6, s. 1–63.

⁵⁷⁷Ibidem.

⁵⁷⁸K. Stachyra, *Muzykoterapia w pracy nad rozwojem umiejętności komunikacyjnych osób z autyzmem – zarys problematyki*, [w:] *Język muzyki dla osób...*, op. cit., s. 21–32; S. Knapik-Szweda, *Proces muzykoterapeutyczny we wspieraniu rozwoju sfery komunikacyjnej i społecznej dzieci z autyzmem*, [w:] *Język muzyki dla osób...*, op. cit., s.33–54.

⁵⁷⁹J.W. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 221.

3. Metodologia badań własnych

3.1 Muzykoterapia jako pole badań

Muzykoterapia to z jednej strony interdyscyplinarna dziedzina nauki, a z drugiej forma terapii, która postrzegając człowieka jako integralną całość, ma na celu wspomaganie jego rozwoju w sposób całościowy, a zarazem zindywidualizowany. Bogactwo środków, technik, metod, podejść muzykoterapeutycznych umożliwia dostosowanie terapii do sytuacji, potrzeb, przyzwyczajęń, zainteresowań uczestników. Jest też formą terapii o ogromnym potencjale, której popularność i zakres stosowania systematycznie rośnie. Muzykoterapia jest wykorzystywana w wielu działaniach wspomagających, terapeutycznych i badawczych. Ten ostatni aspekt jest szczególnie istotny ze względu na kluczowe znaczenie dla całokształtu muzykoterapeutycznej praktyki. Badania w dziedzinie muzykoterapii wynikają z ciągłej potrzeby ewaluacji klinicznej i sprawdzania skuteczności proponowanych interwencji muzykoterapeutycznych oraz określenia i monitorowania obszarów, w których działania muzykoterapeutyczne powodują istotne dla jednostki zmiany. Jak pisze B. Wheeler, „muzykoterapia jest dyscypliną wewnętrźnie zróżnicowaną, co w coraz większym stopniu odzwierciedlają badania naukowe prowadzone w tej dziedzinie”⁵⁸⁰.

Słowo „badanie” oznacza staranne poszukiwanie lub dochodzenie do nowej wiedzy w sposób dogłębny i drobiazgowy⁵⁸¹. Według K. Bruscia badanie to planowane poszukiwanie zmierzające do odkrycia lub uzyskania nowego oglądu danego zagadnienia, co z kolei przyczynia się do poszerzania lub zmiany istniejących założeń wiedzy teoretycznej bądź praktycznej⁵⁸². Według B. Wheeler prowadzenie badań prowadzi do „odkrycia czegoś nowego, do potwierdzenia istniejącej wiedzy lub do zmiany w sposobie postrzegania tego, co już wiemy”⁵⁸³. Autorka również zaznacza, że metody badawcze w muzykoterapii stanowią część większej gamy metod i podejść naukowych, które po zaadaptowaniu zaspokajają potrzeby muzyki i muzykoterapii w obszarze badawczym⁵⁸⁴. Analizując miejsce

⁵⁸⁰ B. Wheeler, *Badania w dziedzinie muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, op. cit., s. 241.

⁵⁸¹ *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*, Merriam-Webster Inc, Springfield 2002, s. 992.

⁵⁸² K. Bruscia, *The boundaries of music therapy research*, [w:] *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*, B. Wheeler (red.), Barcelona Publishers, Gilsum 1995, s. 21.

⁵⁸³ B. Wheeler, *Badania w dziedzinie...*, op. cit., s. 243.

⁵⁸⁴ B. Wheeler, *Overview of Music Therapy Research*, [w:] *Music Therapy Research*, Second Edition, B. Wheeler (red.), Barcelona Publishers, Gilsum 2005, s. 4.

muzykoterapii w obszarze nauk, należy podkreślić, że na jej faktyczny zasięg oddziałują nauki empiryczne (przyrodnicze, biologiczne, medyczne), nauki empiryczne z dziedziny nauk społecznych i humanistycznych oraz sztuka muzyczna⁵⁸⁵. Biorąc zatem pod uwagę badania w obszarze muzykoterapii, należy powrócić do wspomnianego już pojęcia praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice* EBP), czyli o potwierdzonej skuteczności. Aby uznać daną praktykę czy działanie za oparte na dowodach, niezbędne są trzy elementy: „doświadczenie kliniczne, świadomość kontekstu społecznego i kulturowego realizowanej praktyki oraz wiedza pochodząca z najnowszych, wiarygodnych doniesień badawczych”⁵⁸⁶. EBP początkowo było wykorzystywane w obszarze medycyny i psychiatrii, obecnie termin ten został zaadaptowany również do takich dziedzin jak psychologia, psychoterapia czy muzykoterapia. Jednakże ze stosowaniem EBP wiążą się pewne wątpliwości. Dotyczą one nie tylko faworyzowania eksperymentu (*Randomized Control Trial* – RCT) jako metody badawczej, lecz także przekonania, że potwierdzanie dowodów na drodze działań medycznych (czyli tylko poprzez ilościowe metody badawcze) może doprowadzić do zahamowania badań muzykoterapeutycznych i arteterapeutycznych⁵⁸⁷. Tymczasem w przypadku muzykoterapii – jak zaznacza Andrea Gilroy – ze względu na jakościowy charakter działań muzykoterapeutycznych oraz wielość elementów wchodzących w skład procesu muzykoterapeutycznego badania oparte wyłącznie na danych ilościowych byłyby niemożliwe. W przekonaniu autorki poszczególne praktyki i usługi związane ze sztuką powinny wypracować własną interpretację dowodów, tak aby mogły wykorzystywać unikalność danego obszaru⁵⁸⁸.

Dla muzykoterapii i arteterapii zaproponowano zatem cztery poziomy dowodów naukowych, ułożone hierarchicznie:

- 1 poziom „a” – rezultaty z co najmniej jednego RCT lub innego kontrolowanego badania eksperymentalnego (bądź quasi-eksperymentu);
- 1 poziom „b” – rezultaty innych badań, w tym jakościowych i studiów przypadków;
- 2 poziom – wyniki badań oraz doniesienia tekstowe o charakterze akademickim;
- 3 poziom – opinie ekspertów w danej dziedzinie;
- 4 poziom – opinie praktyków/klinicystów⁵⁸⁹.

⁵⁸⁵ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie. W stronę podejścia indywidualizującego w badaniach muzykoterapeutycznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 60–61.

⁵⁸⁶ Ibidem.

⁵⁸⁷ A. Gilroy, *Arteterapia – badania i praktyka*, op. cit., s. 21–22.

⁵⁸⁸ Ibidem.

⁵⁸⁹ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 63.

Ponadto zaleca się: systematyczne przeglądy metaanaliz oraz randomizowanych i kontrolowanych eksperymentów; wyszukiwanie związanych z tematem badań naukowych w bazie przeglądów *Cochrane Reviews*; refleksję nad informacjami uzyskiwanymi z badań; zastosowanie testowanych działań u konkretnego uczestnika terapii oraz ewaluację⁵⁹⁰.

Przywiązywanie tak dużej wagi do dowodów sprawia, że terapia poprzez muzykę może być traktowana jako dziedzina naukowa – zwłaszcza że wielu muzykoterapeutów prowadzi wystandaryzowane eksperymenty spełniające kryteria EBP oraz publikuje swoje badania w renomowanej Bibliotece Cochrane (*Cochrane Library*) – bazie, w której osoby zajmujące się badaniami w zakresie szeroko pojętej opieki zdrowotnej publikują swoje najnowsze rezultaty badawcze⁵⁹¹.

Evan Ruud w swoich rozważaniach dotyczących badań w muzykoterapii wyróżnia następujące ich rodzaje: holistyczne, empiryczne, opisowe oraz empatyczne. Ten ostatni rodzaj wskazuje na stosunek badacza do uczestnika badania. Badacz powinien zawsze stawiać na pierwszym miejscu dobro osoby uczestniczącej w badaniu, uwzględniając jej wiek, trudności i zaburzenia⁵⁹², i zawsze pozostawać krytycznym wobec metod, które wprowadza w procesie badawczym.

Katarzyna Krasoń i Ludwika Konieczna-Nowak koncentrują swoje rozważania metodologiczne na ujęciu indywidualizującym. Ujęcie to ma charakter interdyscyplinarny oraz intersubiektywny⁵⁹³. Interdyscyplinarny ze względu na wielość angażowanych obszarów wiedzy humanistycznej, medycznej czy muzycznej, intersubiektywny, gdyż wskazuje na możliwości łączenia strategii obiektywnych badań zaczerpniętych z psychologii czy medycyny z subiektywnymi badaniami z obszaru sztuki czy pedagogiki. Intersubiektywny charakter mają także doświadczenia i przeżycia nabyte w trakcie procesu – przedstawiają intersubiektywny materiał uzyskany od uczestnika terapii oraz badacza⁵⁹⁴.

Ujęcie indywidualizujące, ze swoim interdyscyplinarnym oraz intersubiektywnym charakterem, stało się podstawą niniejszego badania. To właśnie cechująca je wnikliwa obserwacja, nacisk na dotarcie do przeżyć jednostki oraz wielostronne poznanie uczestnika terapii sprawia, że badania nabierają głębokiego sensu.

⁵⁹⁰ Ibidem, s. 64.

⁵⁹¹ Ibidem.

⁵⁹² E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation...*, op. cit., s. 108.

⁵⁹³ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 112–113.

⁵⁹⁴ Ibidem, s. 113.

3.2 Perspektywa badawcza

Niniejsze badania opierają się na paradygmacie naturalistycznym (konstruktywistycznym), którego główną tezą jest założenie, że przedmiot badań można poznać tylko poprzez jego ogląd całościowy, oraz – uzupełniając – na paradygmacie pozytywistycznym uznającym, że poznanie jest możliwe jedynie poprzez uważną obserwację i dogłębną analizę wyników⁵⁹⁵. Z paradygmatu naturalistycznego wyłaniają się badania jakościowe, które koncentrują się na zrozumieniu uwarunkowań psychicznych jednostki i kładą duży nacisk na szczegóły pojawiające się w procesie terapeutycznym⁵⁹⁶. Natomiast paradygmat pozytywistyczny implikuje badania ilościowe, które redukują wszelkie doświadczenia uczestnika do liczb i statystycznych zależności, co pozwala na uogólnienie uzyskanych wyników na większą populację osób badanych⁵⁹⁷.

Podstawę badań jakościowych stanowi przeżyte doświadczenie jednostki, a interakcja pomiędzy badaczem a uczestnikami badania rozpatrywana jest jako źródło zmian. Zasadniczo badania jakościowe opierają się na holistycznym podejściu do jednostki – kładą duży nacisk na osobę, jej doświadczenia i zdarzenia z nimi związane – oraz na podejściu fenomenologicznym, które poprzez bezpośredni ogląd zjawisk ujawnia ich głębszy sens. W przypadku muzykoterapii będzie to dążenie do odkrycia znaczenia muzyki dla jednostki, a tym samym określenia podłoża muzycznych zachowań i więzi obserwowanych podczas sytuacji klinicznej⁵⁹⁸.

Opisane badanie własne stanowi połączenie **badania jakościowego z ilościowymi**. Zostanie przedstawiona teza, że dzięki **badaniu jakościowemu** można dociec, iż doświadczenia i przeżycia jednostek ulegają zmianie, natomiast wyniki liczbowe uzyskane za sprawą **badania ilościowego** – ukierunkowanego na pomiar rezultatów terapii. Wykorzystanie **metodologii mieszanej** pozwala zatem na przyjęcie szerszej perspektywy, a tym samym na pełniejszy ogląd, lepsze zrozumienie i wyjaśnienie badanego zjawiska⁵⁹⁹. Ponadto metody te wzajemnie się wspierają i uzupełniają, co przekłada się na większą

⁵⁹⁵ B. Wheeler, C. Kenny, *Principles of Qualitative Research*, [w:] *Music Therapy Research*, Second Edition, op. cit., s. 62.

⁵⁹⁶ Ibidem, s. 64.

⁵⁹⁷ C. Prickett, *Principles of Quantitative Research*, [w:] *Music Therapy Research*, Second Edition, op. cit., s. 45–46.

⁵⁹⁸ E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation...*, op. cit., s. 115.

⁵⁹⁹ J. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody...*, op. cit., s. 221; U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 84.

miarodajność wyników niż w przypadku nielączenia metod⁶⁰⁰. Łączenie metod lub ich mieszanie, przez Uwe Flicka nazywane triangulacją, ma na celu podniesienie wartości badań jakościowych⁶⁰¹. W przypadku badań w obszarze muzykoterapii metodologia mieszana umożliwia bardziej kompleksowe zrozumienie wszystkich uzyskanych danych (zarówno tych muzycznych, jak i niemuzycznych) oraz dokonanie adekwatniejszej oceny rezultatów procesu interwencji muzykoterapeutycznej⁶⁰².

Procedurami badawczymi związanymi z mieszaniem danych, które zostały przyjęte w tej pracy są: rozplanowanie w czasie, hierarchia wartości, sposób mieszania danych oraz teoretyczne podstawy badania, wymienione przez Johna Creswella⁶⁰³.

1. **Rozplanowanie w czasie** polega na wyznaczeniu porządku stosowania poszczególnych metod. W niniejszym badaniu wykorzystano synchroniczne zbieranie danych, tzn. dane ilościowe i jakościowe były zbierane w tym samym czasie, wykorzystywane równolegle, analizowane osobno, zestawiane, a następnie interpretowane całościowo⁶⁰⁴.
2. **Hierarchia wartości** oznacza określenie przez badacza, które z metod są priorytetowe, czyli które z badań jakościowych lub ilościowych są ważniejsze w danej hierarchii badawczej. Priorytet ten zależy od zainteresowań badacza, odbiorców badania, przekazu oraz ilości informacji jakościowych i ilościowych. W niniejszym projekcie przeważają badania jakościowe, gdyż są adekwatniejsze do potrzeb badania rozwoju dzieci z autyzmem – w tego typu badaniach podstawowym elementem budowania wiedzy jest jednostkowe zrozumienie i wyjaśnienie zjawiska, a nie uogólnianie i generalizowanie. Za przewagą metod jakościowych przemawia także przeświadczenie, że aby poznać losy pojedynczych dzieci z ASD, **należy dotrzeć w głąb problematyki** ich funkcjonowania, a w tym celu konieczne jest zastosowanie badań jakościowych. Decyzja o ich priorytetowym potraktowaniu wynika również z **różnic u dzieci z autyzmem**, które zależą m.in. od współwystępowania zaburzeń dodatkowych lub niepełnosprawności, poziomu ich funkcjonowania oraz zakresu umiejętności komunikacyjnych, co rzutuje na psychofizyczne możliwości ich rozwoju.

⁶⁰⁰ D.S. Burns, M.K. Masko, *Combining interpretivist with objectivist methods in explanatory sequential designs*, [w:] *Music Therapy Research*, Third Edition, B. Wheeler, K.M. Murphy (red.), Barcelona Publishers, Gilsum 2016, s. 599.

⁶⁰¹ U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, op. cit., s. 84.

⁶⁰² D.S. Burns, M.K. Masko, *Combining interpretivist with objectivist...*, op. cit., s. 605.

⁶⁰³ J. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody...*, op. cit., s. 222.

⁶⁰⁴ D.S. Burns, M.K. Masko, *Combining interpretivist with objectivist...*, op. cit., s. 602.

3. **Sposób mieszania danych** – w przedstawianym projekcie badawczym posłużono się integracją zastosowanych metod jakościowych i ilościowych poprzez zanurzenie. Spośród metod ilościowych wykorzystano: pomiar poziomu funkcjonowania dziecka w trakcie procesu na podstawie kwestionariusza badawczego SOZ (narzędzia o ustalonej rzetelności i wiarygodności) ukazującego liczbowy wynik danych w poszczególnych sferach rozwojowych dziecka z autyzmem, wypełniany przez sędziów kompetentnych, którzy kategoryzowali materiał niezależnie od siebie. Spośród metod jakościowych wykorzystano: jakościową analizę dokumentów opartą na kodowaniu i kategoryzowaniu⁶⁰⁵ danych ze sprawozdań z sesji każdego uczestnika (połączoną z sumowaniem kodów) oraz porównywanie sprawozdań z sesji z ich nagraniami wideo, analizę dokumentów (np. diagnoz dzieci i indywidualnych programów terapeutycznych), kwestionariusze o ogólnym funkcjonowaniu dziecka wypełnione przez opiekuna lub prowadzącego nauczyciela, systematyczną obserwację uczestniczącą.
4. **Teoretyczne podstawy badania** – w tym przypadku są one tożsame z założeniami teoretycznymi muzykoterapii i wynikają z przyjęcia perspektywy humanistycznej i rozwojowej⁶⁰⁶.

W badaniach mieszanych można wyróżnić wiele strategii badawczych. Metodą mieszania danych wykorzystaną w niniejszym projekcie jest **równoległa strategia zanurzeniowa**⁶⁰⁷. Strategię tę cechuje jedna faza gromadzenia danych ilościowych i jakościowych. Wyróżnia się w niej metodę główną, na której ugruntowany jest projekt, oraz drugorzędną, która pełni funkcję pomocniczą; metoda drugorzędna (tutaj ilościowa) jest zanurzona (zagnieżdżona) w metodzie dominującej, w tym przypadku jakościowej. Celem takiego mieszania danych jest integrowanie informacji, porównywanie danych z poszczególnych części z wynikami, a w efekcie otrzymanie ogólnej oceny rozwiązania danego problemu badawczego.

Oprócz mieszania danych jakościowych z ilościowymi w badaniach może również występować mieszanie danych jakościowych, jak przy łączeniu podejścia fenomenologicznego z heurystycznym i hermeneutycznym. Taka perspektywa metodologiczna w badaniach jakościowych, użyta również w tym badaniu, nosi nazwę

⁶⁰⁵ Ibidem, s. 605.

⁶⁰⁶ J. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody...*, op. cit., s. 222–223. Wyliczenia i argumentacja zostały przedstawione w artykule *W poszukiwaniu tożsamości badań muzykoterapeutycznych – prezentacja protokołu badawczego wraz z jego możliwościami i ograniczeniami* w ramach XXX Letniej Szkoły Młodych Pedagogów (Katowice–Wisła, 2016).

⁶⁰⁷ J. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody...*, op. cit., s. 226–231.

brikolażu (z fr. *bricolage*)⁶⁰⁸. Brikolaż polega na stosowaniu wielu perspektyw, metod oraz teorii⁶⁰⁹. Etymologia metody pochodzi od francuskiego określenia rodzaju ekspresji artystycznej, która opiera się na dowolnym operowaniu formą, znaczeniem oraz strukturalnie niepowiązanymi elementami w celu komponowania z nich nowej jakości. W terminologii naukowej pierwszy raz użył tego terminu Claude Levi-Strauss (1962–1966) dla określenia struktury mitów⁶¹⁰. Główną zasadą brikolażu jest łączenie wielu elementów i intelektualnych źródeł, które są w danym czasie dostępne, i tworzenie z nich całościowego obrazu. W nauce brikolaż koncentruje się na wspólnych cechach, poszukiwaniu podobieństw i powiązań z innymi naukami w celu znalezienia podstawowych struktur⁶¹¹. Norman K. Denzin i Yvonna S. Lincoln obrazują brikolaż w badaniach jakościowych jako łączenie kawałków zróżnicowanych materiałów, z których wyłania się pewna całość (odpowiednia konstrukcja)⁶¹². Wszelkie materiały uzyskane przez badacza są dobierane i zestawiane ze sobą w taki sposób, aby otwierały wiele możliwości interpretacji i raczej prowokowały czytelnika do dalszej refleksji niż udzielały jasnej i jednoznacznej odpowiedzi⁶¹³. Brikolaż jest reprezentacją wszelkich obrazów, tekstów, interpretacji świata oraz zjawisk odkrywanych przez badacza. Brikolaż metodologiczny można zatem rozumieć jako łączenie teorii, technik i metod badawczych w celu uzyskania bardziej wielostronnego oglądu przedmiotu badań. Na gruncie muzykoterapii⁶¹⁴ ma postać łączenia założeń teoretycznych muzykoterapii, pedagogiki specjalnej oraz muzyki.

Skoro badania jakościowe stanowią w niniejszym badaniu metodę dominującą, warto przedstawić wiodące podejścia badawcze w ich obrębie, a mianowicie **fenomenologię, heurystykę oraz heremeneutykę**.

Fenomenologia to podejście, a właściwie paradygmat⁶¹⁵, badań interpretatywnych, którego celem jest odkrycie natury danego fenomenu poprzez doświadczenie. Odkrycie to odbywa się za pośrednictwem dogłębnego opisu struktury fenomenu i jego znaczenia, co

⁶⁰⁸ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 133.

⁶⁰⁹ M. Rogers, *Contextualizing Theories and Practices of Bricolage Research*, „The Qualitative Report” 2012, nr 17 (7), s. 5.

⁶¹⁰ M. Hammersley, *Bricolage and Bricoleur*, [w:] *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, L.M. Given, (red.), SAGE Publications, London 2008, s. 65

⁶¹¹ M. Rogers, *Contextualizing Theories...*, op. cit.

⁶¹² N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Third Edition, Sage Publications, London 2005, podaje za: M. Rogers, *Contextualizing Theories...*, op. cit. s. 5.

⁶¹³ M. Hammersley, *Bricolage and Bricoleur*, op. cit., s. 65.

⁶¹⁴ L. Kay, *Research as Bricolage: Navigating in/between the Creative Arts Disciplines*, „Music Therapy Perspectives” 2015, nr 34 (1), s. 26–32.

⁶¹⁵ R. Tesch, *Qualitative research: Analysis types and software tools*, Falmer Press, New York 1990, s. 68.

z kolei sprawia, że uwidacznia się jego istota i proces dochodzenia do prawdy⁶¹⁶. Badacz głęboko wnika w tematykę i widzi istotę/strukturę/pierwotność badanego zjawiska dzięki tzw. czystej świadomości – *epoche* – której celem jest „zawieszenie naturalnego nastawienia wobec świata”, sądów egzystencjalnych, co doprowadza do poznania fenomenu i jego istoty⁶¹⁷. Jak podkreślają Katarzyna Krasoń i Ludwika Konieczna-Nowak, ważnym czynnikiem „namysłu fenomenologicznego jest świadomość ludzka i świadomościowe sposoby prezentowania się świata”⁶¹⁸, tak więc „w polu badawczym fenomenologii brane są pod uwagę jedynie dane uchwytnie w doświadczeniu”⁶¹⁹. To doświadczenie pojmowane jest jako proces poznawania i odkrywania zjawiska, w którym bierze udział również inna jednostka. Opisowe wyjaśnienie danego zjawiska (w formie narracji lub wyszczególnionych kategorii) jest celem samym w sobie⁶²⁰. Za ojca fenomenologii uznaje się Edmunda Husserla, a kontynuatorami jego myśli byli m.in. Martin Heidegger, Amedeo Giorgi oraz Clark Moustakas. Heidegger zakładał że dane zjawisko lub doświadczenie można zrozumieć tylko poprzez jego interpretację, która prowadzi do odkrycia jego znaczenia⁶²¹. Giorgi oraz Moustakas stworzyli podstawy metodologii fenomenologicznej i ugruntowali jej znaczenie w obszarze badań jakościowych⁶²².

Podejście fenomenologiczne w muzykoterapii ma na celu poszukiwanie nowych sposobów widzenia i rozumienia fenomenu od wewnątrz, ujawniając sens tego, czym naprawdę jest muzyka. Poprzez dogłębną obserwację sytuacji klinicznej badacz definiuje źródło muzycznych zachowań czy relacji⁶²³. Innymi zjawiskami odkrywanymi w procesie badawczym muzykoterapii w oparciu o podejście fenomenologiczne są: doświadczanie muzyki samej w sobie, tworzenie muzyki, emocje powstałe w trakcie słuchania muzyki, tworzenie muzyki w relacji z innymi, doświadczenie siebie i innych w muzycznej interakcji, rozumienie odgrywanych ról podczas gry swojej i innych w trakcie procesu terapeutycznego⁶²⁴.

Fenomenologiczne aspekty tego projektu badawczego uwidaczniają się w sporządzaniu dokładnych sprawozdań z sesji, które podlegają kategoryzacji. Wyłonione kategorie to: muzyczna pożądana, muzyczna niepożądana, muzyczna pożądana relacyjna oraz muzyczna niepożądana relacyjna. Kategorie te odnoszą się do najistotniejszych zdarzeń

⁶¹⁶ N.A. Jackson, *Phenomenological Inquiry*, [w:] *Music Therapy Research*, Third Edition, op. cit., s. 441.

⁶¹⁷ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 85.

⁶¹⁸ Ibidem.

⁶¹⁹ Ibidem.

⁶²⁰ A. Gilroy, *Arteterapia – badania i praktyka*, op. cit., s. 147–148.

⁶²¹ N.A. Jackson, *Phenomenological Inquiry*, op. cit., s. 441.

⁶²² Ibidem, s. 442.

⁶²³ E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation ...*, op. cit., s. 103–105.

⁶²⁴ N.A. Jackson, *Phenomenological Inquiry*, op. cit., s. 441.

i zachowań muzycznych mających miejsce na sesjach muzykoterapeutycznych. Każdemu zachowaniu muzycznemu przyporządkowano zachowanie niemuzyczne, które stanowi podkategorię komunikacyjną i społeczno-emocjonalną (kategorie pożądanых i niepożądanых relacyjnych zachowań muzycznych) oraz poznawczą i motoryczną (kategorie pożądanых i niepożądanых zachowań muzycznych). Wszystkie te aktywności mają określony kod, stąd danemu zachowaniu muzycznemu odpowiada określone zachowanie niemuzyczne. Przykładowo zachowanie muzyczne: *gra proste sekwencje na dzwonkach lub innych instrumentach* jest przyporządkowane do zachowania z danej sfery rozwojowej, w tym przypadku do sfery poznawczej: *eksploruje i/lub rozumie oraz przetwarza zmysłowo – obserwuje, słucha, dotyka*. Powyższa próba skategoryzowania zachowań muzycznych oraz stworzenia narzędzia muzykoterapeutycznego w postaci zachowań pożądanых i niepożądanых jest koncepcją autorską i – jak dotąd - jedyną taką formą kategoryzacji w obrębie muzykoterapii i autyzmu⁶²⁵. W rezultacie oprócz deskrypcji zachowań dziecka uzyskuje się charakterystykę fenomenologiczną relacji zachodzącej między terapeutą a uczestnikiem terapii, będącą wynikiem systematycznej obserwacji jakościowej oraz szczegółowej analizy nagrań.

Podjęcie **heurystyczne** ma charakter introspektywny i wyraża głęboki związek badacza z tematem. Koncentruje się na przeżyciach badacza, jego zanurzeniu w temat oraz na związku pomiędzy doświadczeniem badacza a doświadczeniami innych osób uczestniczących w badaniu. Wszystkie refleksje lub doświadczenia są monitorowane za pomocą dzienników. Każdy związek pomiędzy tematem a doświadczeniem badacza jest dokładnie opisywany. Wyszczególnia się sześć faz procesu heurystycznego: (1) wstępne zajęcie się tematem; (2) zagłębienie się w temat; (3) inkubację; (4) oświecenie; (5) objaśnienie; (6) twórczą syntezę (opisywanie tego, co się wydarzyło/wnioski)⁶²⁶. Badacz wykorzystuje swoje osobiste doświadczenia jako dane w celu zrozumienia istoty badanego fenomenu⁶²⁷. Według Carol Kenny podejście heurystyczne, którego najważniejszym założeniem jest dążenie do wiedzy, stanowi połączenie wiedzy i doświadczenia zdobytego przez badacza⁶²⁸.

W tych badaniach własnych badacz jest zarówno monitorującym proces badawczy, jak i jego uczestnikiem, stąd doświadczenia, przemyślenia czy refleksje badacza są uwzględnione

⁶²⁵ Szczegółowy opis kategorii zamieszczono w rozdziałach 5 i 6 oraz w aneksach.

⁶²⁶ A. Gilroy, *Arteterapia – badania i praktyka*, op. cit., s. 149–150.

⁶²⁷ N.A. Jackson, *Phenomenological Inquiry*, op. cit., s. 445.

⁶²⁸ C.B. Kenny, *The Field of Play. A Guide for the Theory and Practise of Music Therapy*, Ridgeview Publishing Company, Atascadero 1989, s. 60.

w poszczególnych sprawozdaniach z sesji zawierających wszelkie muzyczne i niemuzyczne działania, a także opis jego relacji z uczestnikiem badania.

W podejściu **hermeneutycznym** badacz poszukuje zrozumienia zachowań ludzkich poprzez interpretację danych tekstowych⁶²⁹. Jak pisze Andrea Gilroy: „jeśli fenomenologia dąży do opisu, a heurystyka dąży do odkrycia przez osobistą introspekcję, to hermeneutyka dąży do przetłumaczenia [...]. W całości dotyczy kontekstu”⁶³⁰. Hermeneutyka to „metoda prowadząca do zrozumienia, czyli uświadamiania sobie sensu znaków”⁶³¹. W muzykoterapii podejście hermeneutyczne opiera się na przekonaniu, że podczas zachodzącej muzycznej interakcji o wymiarze symbolicznym uczestnik ujawnia głębsze warstwy osobowości o określonym znaczeniu, które kryją się za konkretnym zachowaniem. Głównym założeniem hermeneutyki jest twierdzenie, że świat jednostki wyłania się i ujawnia w jej subiektywnych odczuciach, spostrzeżeniach, wyobrażeniach, doznaniach mających swoje źródło w indywidualnej historii życia. Poznanie człowieka odbywa się poprzez poznanie jego języka, historii, osobowych znaczeń⁶³². Podstawą interpretacji hermeneutycznej w procesie muzykoterapeutycznym są wszelkie wytwory pacjenta. Ponieważ mogą one przybierać różne formy, badacz powinien identyfikować i poznawać ich sensowność, np. sens esencjonalny, strukturalny, funkcjonalny, kategoryalny czy konceptualny (czyli rozumienie sensu)⁶³³. Podejście to jest ściśle powiązane z podejściem fenomenologicznym, stąd w niniejszym badaniu forma interpretacji kategorii badawczych i opisów sesji stanowi formę rozumienia sensu określonych zachowań dziecka pod wpływem oddziaływań muzycznych, aktywności i relacji.

Podsumowując, zaprezentowane w pracy badanie własne wykorzystuje metodologię mieszaną w postaci łączenia metod ilościowych (skategoryzowana obserwacja za pomocą narzędzia z wykorzystaniem obiektywnych sędziów, ilościowa analiza danych) z jakościowymi (obserwacja jakościowa, analiza jakościowa), a w obrębie tych ostatnich – brikolażu technik, metod oraz podejść (fenomenologicznego, heurystycznego i hermeneutycznego).

⁶²⁹ N.A. Jackson, *Phenomenological Inquiry*, op. cit., s. 445.

⁶³⁰ A. Gilroy, *Arteterapia – badania i praktyka*, op. cit., s. 151.

⁶³¹ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 87.

⁶³² E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation...*, op. cit., s. 115.

⁶³³ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 88.

3.3 Przedmiot badań

Jak podaje B. Wheeler, sformułowanie problemu badawczego jest formą zawężenia zakresu tematycznego badania⁶³⁴. Przedstawione badania własne mają za zadanie sprawdzić możliwości i efekty zastosowania technik muzykoterapeutycznych w usprawnianiu rozwoju dzieci z autyzmem w wieku przedszkolnym i szkolnym. Podejmowane kwestie badawcze wiążą się z oddziaływaniem muzykoterapii (wybranych technik muzykoterapeutycznych) na poziom funkcjonowania dzieci w sferze: poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej oraz komunikacyjnej. Zatem **przedmiotem niniejszych badań** są doświadczenia (lub techniki) muzykoterapeutyczne⁶³⁵ wprowadzane w interwencję⁶³⁶ terapeutyczną zastosowaną w pracy z dzieckiem z autyzmem.

3.4 Cele prowadzonych badań

Celem **eksploracyjnym** badania jest sprawdzenie funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu podczas procesu muzykoterapeutycznego. Szczegółowej analizie poddane zostało również oddziaływanie technik muzykoterapeutycznych (improwizacji/tworzenia, odtwarzania i słuchania⁶³⁷) na wybrane sfery rozwojowe dzieci z autyzmem.

Drugim celem **eksploracyjnym** jest przysposobienie, modyfikacja oraz opracowanie narzędzi badawczych przeznaczonych do pomiarów ilościowych i jakościowych sfery społecznej, emocjonalnej, poznawczej, komunikacyjnej i motorycznej badanych przypadków.

⁶³⁴ B.L. Wheeler, *Badania w dziedzinie muzykoterapii*, op. cit., s. 248.

⁶³⁵ Doświadczenia muzykoterapeutyczne (opisane w podrozdziale 2.4.8. *Doświadczenia muzykoterapeutyczne*) przedstawiają te doświadczenia, które zostały włączone do badania jako zmienne, pod wpływem których jest oczekiwana zmiana w zachowaniu dzieci z autyzmem. W tytule pracy pojawiają się techniki. Na potrzeby niniejszej pracy pojęcia te są używane zamiennie. Autorka ma świadomość, że termin „techniki” ma znacznie węższy zakres znaczeniowy niż termin „doświadczenia”. Jednak w pracy z dzieckiem z autyzmem dana czynność w zależności od sytuacji może mieć zarówno charakter techniki, jak i doświadczenia. Nie chcąc ograniczać działań muzykoterapeutycznych do wąskiego obszaru technik, autorka zdecydowała się na wymienne stosowanie tych terminów, zatem pisała o doświadczeniach/technikach: improwizacji/tworzenia, odtwarzania czy słuchania.

⁶³⁶ „Interwencja to termin wskazujący na aktywność polegającą na [...] włączeniu się w jakąś sprawę w celu wniesienia zmiany” (*Podręczny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1996, s. 282); „Interwencja to [...] wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie” (B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania...*, op. cit., s. 15).

⁶³⁷ W kategoryzacji doświadczeń muzykoterapeutycznych zaproponowanej przez K. Bruscię, przywołanej w podrozdziale 2.4.8. *Doświadczenia muzykoterapeutyczne*, wyszczególnione są cztery doświadczenia: improwizacja, odtwarzanie, tworzenie i komponowanie oraz słuchanie i recepcja. Na potrzeby niniejszego badania, ze względu na duże podobieństwo improwizacji i tworzenia, autorka zdecydowała się połączyć te doświadczenia/techniki i ograniczyć liczbę zmiennych do trzech. Stąd w badaniu były brane pod uwagę trzy doświadczenia/techniki: improwizacja/tworzenie, odtwarzanie oraz słuchanie.

Celami **praktycznymi** są stworzenie programu oddziaływań opartych na muzykoterapii oraz opracowanie metod sprawdzających zakres ich zastosowania. Ma to prowadzić do potencjalnego wskazania muzykoterapii jako terapii wspomagającej rozwój dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rekomendacja jest sformułowana dla terapeutów, pedagogów, psychologów i innych specjalistów pracujących z dziećmi z ASD oraz dla rodziców, którzy mogą wykorzystywać elementy działań muzykoterapeutycznych w ćwiczeniach przeprowadzanych w domu oraz w codziennych czynnościach.

3.5 Problemy badawcze

Specyfikacja problematyki badawczej została zaprezentowana na diagramie. Rysunek 1. przedstawia pytania (problemy) badawcze.



Rysunek 1. Pytania badawcze

3.6 Metoda badań

Badania przybrały formę **badan indywidualizujących**, w których każdy obiekt jest postrzegany jako niepowtarzalny⁶³⁸. Główną metodą badawczą było **indywidualne studium przypadku**⁶³⁹. Studium przypadku dotyczy konkretnej jednostki czy szerszego systemu lub zjawiska (...), prowadzone jest w naturalnych warunkach i nie wymaga wprowadzania szczególnego sposobu oddziaływania⁶⁴⁰. Zarówno dane jak i materiał poddawany jest analizie jakościowej. Ze względu na mieszany charakter pracy badawczej, wykorzystano jakościowe studium przypadku, stosując przy tym elementy metod ilościowych, wprowadzając ilościowy pomiar I i II. Całość badań została zakończona analizą wyników w ujęciu jakościowym (analiza jakościowa oparta na kategoryzacji, analiza jakościowa w zakresie relacji z terapeutą) oraz ilościowym (z zastosowaniem pomiaru funkcjonowania dziecka z autyzmem w sferze poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej, komunikacyjnej na podstawie kwestionariusza badawczego SOZ-D). Wykorzystano następujące techniki jakościowe: obserwację uczestniczącą (fenomenologiczna charakterystyka relacji), analizę dokumentów i treści dokumentów (kwestionariusze o ogólnym funkcjonowaniu dziecka wypełnione przez opiekuna lub prowadzącego nauczyciela, sprawozdania z sesji terapeutycznych na podstawie nagrań wideo). Badanie zamyka określenie skuteczności wykorzystania technik muzykoterapeutycznych z oznaczeniem ich szczegółowej stosowalności.

Narzędzia badawcze⁶⁴¹, które posłużyły do „technicznego gromadzenia danych z badań”⁶⁴² oraz do rozwiązywania problemów badawczych, przedstawiają się następująco:

- ***The Autism Developmental Skillset Assessment*** (ADSA) stworzone przez Elaine Reschke-Hernández, przeznaczone do pomiaru i oceny zachowań uczestniczącego w muzykoterapii dziecka z autyzmem w trzech obszarach: umiejętności społeczne, odbiór i ekspresja komunikacji oraz stereotypowe, powtarzające się wzory zachowań, zainteresowań i aktywności⁶⁴³;

⁶³⁸ K. Konarzewski, *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, WSiP, Warszawa 2000, s. 71.

⁶³⁹ K. Krasoń, L. Konieczna-Nowak, *Sztuka, terapia, poznanie...*, op. cit., s. 128–130.

⁶⁴⁰ Ibidem, s. 123.

⁶⁴¹ Narzędzia wraz z kategoriami opisu zamieszczono w aneksach. W nich także znajdują się sposoby kodowania danych.

⁶⁴² T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998, s. 42.

⁶⁴³ A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental...*, op. cit. Narzędzie ADSA zostało przetłumaczone przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę oraz zaadaptowane na potrzeby jedynie niniejszych badań. Jest stosowane wyłącznie przez S. Knapik-Szwedę. Poznanie narzędzia było możliwe dzięki ścisłej współpracy z muzykoterapeutami z University of Louisville w Stanach Zjednoczonych.

- **kwestionariusz wywiadu** opracowany na podstawie uzupełniającego kwestionariusza *Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)*⁶⁴⁴;
- **standaryzowana skala obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D)** opracowana przez Martę Bogdanowicz na podstawie metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne, zawierająca kategorie opisowe i liczbowe zachowań dziecka pod kątem funkcjonowania sfery społecznej, emocjonalnej, poznawczej, ruchowej oraz wykazująca stopień świadomości kierunków, stereotypii, wokalizacji, agresji lub/i autoagresji, lęku⁶⁴⁵;
- **skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym*** opracowana na podstawie *Scale I: Child–Therapist Relationship in Coactive Musical Experience Rating Form* stworzonej przez Paula Nordoffa i Clive’a Robbinsa⁶⁴⁶;
- **skala II: *Muzyczna komunikatywność*** opracowana na podstawie *Scale II: Musical Communicativeness Rating Form* stworzonej przez P. Nordoffa i C. Robbinsa⁶⁴⁷;
- **szczegółowe raporty z sesji** wykonywane podczas całego procesu badawczego i terapeutycznego. Analizie poddano wszelkie muzyczne, werbalne, niewerbalne wytwory dzieci, zabawy zaproponowane podczas sesji oraz inne dziecięce działania (opracowanie własne);
- **nagrania wideo oraz nagrania audio** z sesji muzykoterapeutycznych oraz z sesji opartych na zabawie, rejestrowane od rozpoczęcia badania do jego zakończenia.

3.7 Organizacja badania – model protokołu badawczego

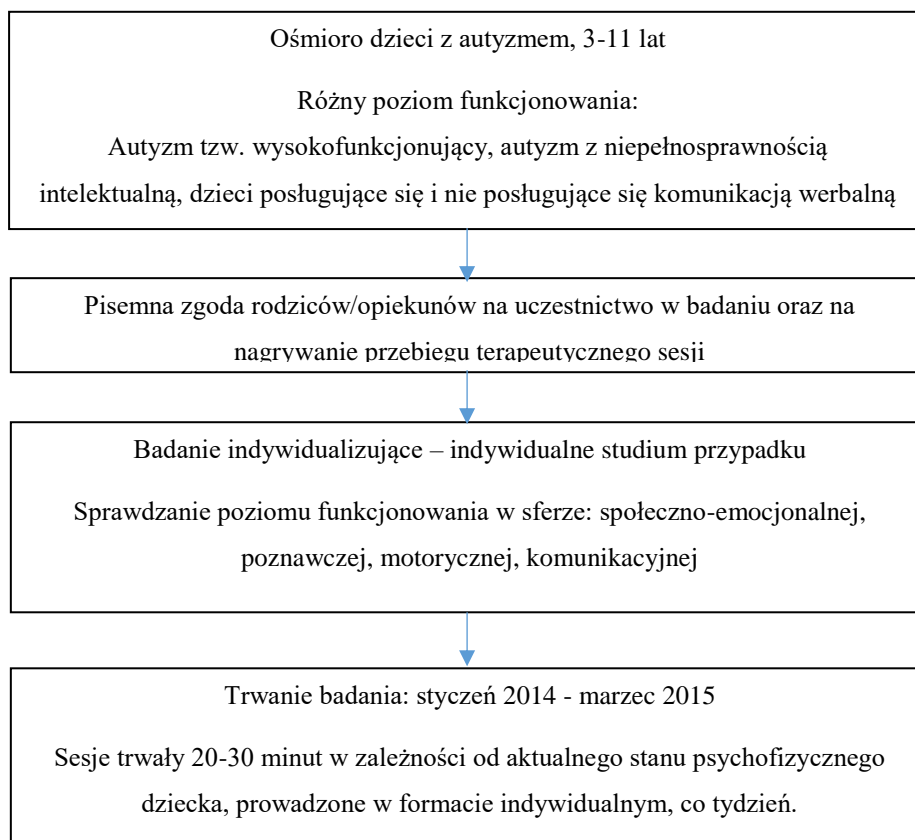
Poniżej został przedstawiony model protokołu badawczego stosowanego w tej rozprawie.

⁶⁴⁴ A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental...*, op. cit., s. 76–78.

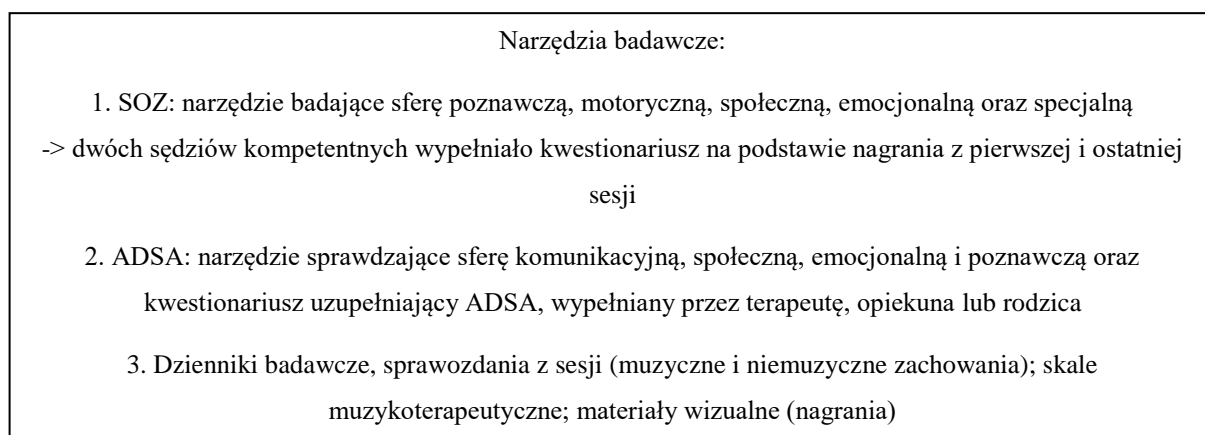
⁶⁴⁵ M. Bogdanowicz, *Skale obserwacji zachowania (SOZ) dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Fokus, Gdańsk 2000, s. 22–23.

⁶⁴⁶ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 374. Skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* została przetłumaczona i opracowana przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę i udostępniona tylko do użytku badawczego.

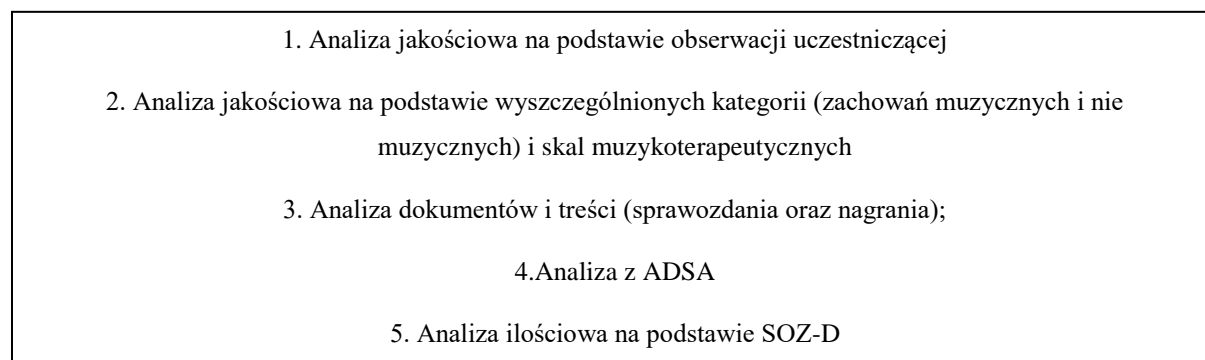
⁶⁴⁷ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 400. Skala II: *Muzyczna komunikatywność* została przetłumaczona i opracowana przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę i udostępniona tylko do użytku badawczego.



POMIAR I



POMIAR II



Rysunek 2. Model protokołu badawczego

W kolejnym rozdziale, stanowiącym relację z pracy badawczej, znajdują się szczegółowe opisy przypadków. Deskrypcje te zawierają dane w ujęciu jakościowym i ilościowym.

4. Znaczenie technik muzykoterapeutycznych we wsparciu rozwoju dziecka z autyzmem – badania własne

Wyniki badań własnych zaprezentowano z podziałem na określone części. Pierwszy podrozdział zawiera szczegółowy opis przypadków i jest odpowiedzią na postawione pytania badawcze. Każdy opis przypadku składa się z takich samych elementów: ogólnego funkcjonowania dziecka, sprawozdania z pierwszej i ostatniej rejestrowanej sesji (ujętych również zbiorczo w zestawieniu tabelarycznym pod kątem zastosowanych kategorii badawczych) i podsumowania wyników, włącznie z graficznym przedstawieniem pomiarów ilościowych na podstawie skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D) i z tabelarycznym zestawieniem wyników pod kątem zastosowanych narzędzi badawczych. Podrozdział drugi zawiera odpowiedzi na pytania badawcze i rezultaty w odniesieniu do muzykoterapii w ujęciu ilościowym i jakościowym.

4.1 Analiza przypadków

4.1.1 Przypadek Piotra

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Piotr (8 lat) został zdiagnozowany jako dziecko z niepełnosprawnością sprzężoną, w ramach której stwierdzono niepełnosprawność intelektualną w stopniu znacznym oraz autyzm. Chłopiec wykazuje globalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz z obniżoną sprawnością manualną. Inne osoby są traktowane przez chłopca przedmiotowo (komunikacja chłopca opiera się przede wszystkim na osobie znaczącej, tzn. za pomocą osoby dorosłej pragnie zrealizować dany cel). Aktywność dziecka jest schematyczna i jednolita.

Zauważalne są stereotypie ruchowe w postaci: autostymulacji, kręcenia głową na boki, podskakiwania, krzyków, kopania. Ponadto pojawiają się niepokojące zachowania, takie jak: płacz, wpadanie we wściekłość w wyniku zaburzonej struktury aktywności/planu dnia. Dostrzega się ogólne pobudzenie ruchowe w nowych sytuacjach oraz w momentach, gdy dana aktywność się kończy, co z kolei może wynikać z nadwrażliwości słuchowej na wybiórcze głośne dźwięki oraz z trudności z przystosowaniem się do zmian. Dziecko próbuje inicjować kontakt, ale nie potrafi go podtrzymać przez dłuższy czas. Kontakt wzrokowy jest znacznie

utrudniony, czasem występuje w chwilach motywacji i zainteresowania chłopca daną rzeczą lub zdarzeniem. W kwestionariuszu osobowym dziecka podano, że Piotr z zaangażowaniem nawiązuje interakcję ze swoją starszą siostrą oraz z obcymi. Zauważa się brak płynnej komunikacji werbalnej, choć jest aktywny wokalnie (pojawiają się wokalizacje na samogłoskach, nieartykułowane zestawienia zgłosek, gaworzenie, pojedyncze słowa). Rozumienie mowy jest trudne do oceny. Lubi przeglądać bajki, książki oraz bawić się grającymi zabawkami.

Chłopiec uczęszcza do specjalnego przedszkola i jest to jedyne miejsce, w którym chłopiec jest rehabilitowany i poddawany różnym działaniom terapeutycznym: logopedii, fizjoterapii, zajęciom z pedagogiem, psychologiem, w tym zajęciom z muzykoterapii oraz hipoterapii. Terapia poprzez muzykę była prowadzona od 2013 roku, początkowo w formie zajęć grupowych. Już na pierwszych zajęciach można było zauważyć, że chłopiec posiada duży potencjał muzyczny i z chęcią uczestniczy w sesjach. W kwestionariuszu uzupełniającym *Autism Developmental Skillset Assessment* (ADSA) matka chłopca podkreślała, że dziecko bardzo lubi śpiewać, preferuje odtwarzaną muzykę przeznaczoną dla dzieci oraz pop, rap, gospel. W odpowiedzi na pytanie, czego oczekuje od interwencji muzykoterapeutycznej, matka chłopca zaznaczyła ogólne możliwości rozwojowe oraz możliwości rozwoju muzycznego talentu, który dostrzega w swoim dziecku, czyli tego, aby chłopiec mógł osiągnąć jak najlepsze rezultaty muzyczne.

Pierwsza rejestrowana sesja

Piotr na początku sesji był bierny w swoich działaniach. Nie angażował się aktywnie w improwizację wokально-instrumentalną opartą na piosence powitalnej, jednakże się uśmiechał [ADSA: społeczny uśmiech⁶⁴⁸; NR I: 3 U⁶⁴⁹; NR II: 2/ruch⁶⁵⁰]. Po kilku chwilach

⁶⁴⁸ A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental...*, op. cit., s. 76–78. Każde zachowanie, zarówno w pierwszej, jak i drugiej rejestrowanej sesji, jest skategoryzowane za pomocą narzędzia *The Autism Developmental Skillset Assessment* (ADSA) opracowanego w USA przez A.E. Reschke-Hernández. Narzędzie zostało przetłumaczone (przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę) oraz zaadaptowane tylko na potrzeby niniejszych badań.

⁶⁴⁹ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 374. Skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczeniu muzycznym* (NR I) została przetłumaczona i opracowana przez S. Knapik-Szwedę i udostępniona tylko do użytku badawczego. Oznaczenia widniejące w opisie każdego przypadku umieszczone w nawiasie kwadratowym należy rozumieć następująco: NR I – skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczeniu muzycznym*; 3 – skategoryzowana aktywność; U – zachowanie związane z uczestnictwem; O – odrzucenie/opór. Całą skalę zamieszczono w aneksach w załączniku 5.

⁶⁵⁰ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy...*, op. cit., s. 400. Skala II: *Muzyczna komunikatywność* (NR II) została przetłumaczona i opracowana przez S. Knapik-Szwedę i udostępniona tylko do użytku badawczego. Oznaczenia widniejące w opisie każdego przypadku umieszczone w nawiasie kwadratowym należy rozumieć następująco: NR II – skala II: *Muzyczna komunikatywność*; 2 – „odpowiedź uciekająca

sam zainicjował zabawę *Stop*, [ADSA: inicjowanie zmian; wskazywanie chęci wyboru], w której terapeuta, śpiewając, starał się zachęcić dziecko do grania na gitarze, a potem na grzechotce [ADSA: identyfikacja: grzechotka/gitara; NR I: 5c U; NR II: 4a/instr.]. Zabawa polega na szybkim uderzaniu w struny gitary, tłumiącym jej wibrację, i zatrzymywaniu ruchu strun; grał zazwyczaj terapeuta, a chłopiec w odpowiednim momencie – wyznaczonym przez terapeutę – zatrzymywał ruch drgających strun ręką, przerywając wydobywany dźwięk. Gdy dziecko straciło zainteresowanie, terapeuta starał się zwrócić uwagę dziecka na bębenek i w odpowiedni sposób modulował głos, aby zachęcić je do muzycznego działania [ADSA: odrzucenie; NR I: 2 U; NR II: 1/instr.]. Dziecko przez jakiś czas stymulowało się wzrokowo kolorowymi pałeczkami [ADSA: stymulacje wzrokowe; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch] lub zatykało uszy [ADSA: stymulacje słuchowe; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Terapeuta, przekierowując uwagę chłopca, zabrał jego rękę i wskazał sposób grania na bębnie (akompaniując mu wokalną improwizacją o wesołym, skocznym charakterze). Piotr podczas tego momentu tylko raz odwrócił się w stronę terapeuty intencjonalnie [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy z jedną fizyczną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 1/ruch].

Około czwartej minuty dziecko samo podeszło do gitary i zaczęło poszukiwać różnych możliwości brzmieniowych instrumentu – przesuwalo ręką po strunach gitary, stukało o nie. Terapeuta przyłączał się do tych działań w postaci delikatnego śpiewu i rytmicznego uderzania w kolana, dostosowując się do rytmu nadanego przez dziecko. Piotr nie reagował na te działania [NR I: 1b O; NR II: 1/instr.]. Po pewnym czasie dziecko położyło się naprzeciwko gitary. Zgodnie z zasadą podążania za dzieckiem oraz dostrajania się do niego terapeuta dołączył do chłopca. Później przypomniał wcześniejszą zabawę *Stop*, która sprawiła Piotrowi wiele radości i w efekcie ponownie się zaangażował [ADSA: śmianie się; identyfikacja zabawy *Stop*; odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4 U; NR II: 3/instr.].

Podczas tej zabawy nawiązywała się naprzemienna interakcja [ADSA: naprzemiennosc stron z jedną fizyczną wskazówką; odpowiadanie na wspólne pole uwagi] oraz podtrzymywany był kontakt wzrokowy [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.]. Chłopiec z biegiem sesji nie reagował na muzyczne wskazówki terapeuty, nie wykonywał polecenia związanego z kłaśnięciem w dłonie „raz, dwa, trzy” podczas kolejnej improwizowanej piosenki [NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Dopiero podkładanie rąk terapeuty wywołało u Piotra aktywność w postaci uderzeń w ręce [ADSA: podążanie za wskazówkami z wieloma fizycznymi wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch].

i fragmentaryczna”; określenie po znaku / oznacza aktywność dziecka: instrumentalną (instr.), wokalną (wokal) oraz ruchową (ruch). Całą skalę zamieszczono w aneksach w załączniku 6.

Około jedenastej minuty Piotr ponownie się położył, tym razem na kolanach terapeuty (od czasu do czasu spoglądając na terapeutę, który śpiewał oraz kołysał się w rytm improwizacji) [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 3 U; NR II: 1/ruch]. Chłopiec wsłuchiwał się w muzyczny materiał terapeuty, co skutkowało zaangażowaniem się w muzyczną interakcję, ale krótką [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.].

Po wspomnianej interakcji dziecko ponownie położyło się na materacu, lecz nie reagowało na propozycje instrumentalne terapeuty [NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. W pewnym momencie chłopiec zaczął podnosić rękę. Terapeuta zaczął naśladować chłopca i lekko uderzył ręką w rękę chłopca. Wtedy on zwrócił uwagę na terapeutę trzykrotnie [ADSA: odbiór komunikatu; obserwowanie innych z wieloma wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 1/ruch]. Pod koniec sesji dziecko podchodziło do okna, wycofując się ze wspólnego tworzenia [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Pomimo późniejszej zmiany muzycznej (modulacji głosowej terapeuty) Piotr nie reagował [NR I: 1 U; NR II: 1/wokal].

Ostatnia rejestrowana sesja

Podczas piosenki powitalnej chłopiec wsłuchiwał się w nią, nawiązując kontakt wzrokowy z terapeutą [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; reakcja na powitanie z jedną wskazówką werbalną; NR I: 3 U]. Piosenka stała się początkiem swobodnej improwizacji na bębnie opartej na naprzemiennym dialogu – chłopiec w szybkim tempie naprzemiennie uderzał w dwa bębny, nasłuchując swoich produkcji dźwiękowych [ADSA: właściwa interakcja; odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4 U; NR II: 4/instr./wokal]. Wspomniana improwizacja wokally-instrumentalna przeistoczyła się w zabawę *Na bębnie graj*, w której terapeuta podkładał bęben chłopcu w różnych konfiguracjach, a ten miał w odpowiednich momentach w niego uderzyć [ADSA: identyfikacja zabawy *Na bębnie graj*; podążanie za wskazówkami z jedną werbalną i jedną fizyczną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 3/instr.]. Każde uderzenie dziecka było traktowane jako muzyczna reakcja na prezentowany materiał [ADSA: odbiór komunikatu z jedną werbalną i jedną fizyczną wskazówką; NR I: 5a U; NR II: 5c/instr.]. Naprzemiennosc wspólnego grania sprawiała chłopcu wiele radości – uśmiechał się, ekscytował oraz wokalizował [ADSA: naprzemiennosc stron; śmianie się; wokalizacje; NR II: 5c/wokal].

Z biegiem sesji terapeuta zainicjował zmianę aktywności i zaczął nucić ulubioną piosenkę chłopca. W tym samym momencie Piotr zaczął wokalizować w tonacji śpiewanej i granej piosenki [ADSA: wokalizacje; NR I: 5a U; NR II: 6a/wokal]. Po jej zakończeniu

terapeuta wykorzystał metody komunikacji alternatywnej – łącząc techniki muzykoterapeutyczne i techniki komunikacyjne, wskazał dziecku gest „jeszcze”. Chłopiec nie odwzajemnił gestu, który miał wyrażać chęć oraz wybór [NR II: 1/ruch], jednak przez okres oczekiwania na odpowiedź ze strony dziecka Piotr nawiązywał kontakt wzrokowy z terapeutą, który trwał dłuższą chwilę [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy]. Ulubiona piosenka stała się pretekstem do kolejnej improwizacji, w której terapeuta wokalizował, a chłopiec tworzył swobodny akompaniament, szarpiąc struny gitary lub uderzając o pudło rezonansowe [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru niewerbalnie; NR I: 5b U; NR II: 6c/instr.].

Kolejnym etapem sesji była propozycja grania na dzwoneczkach sztabkowych ułożonych w skali pentatoniki (około dziewiątej minuty). W pewnym momencie terapeuta zaczął tworzyć powtarzający się motyw, a chłopiec zastygł w skupieniu, wnikliwie obserwując ruchy i działania terapeuty [ADSA: obserwowanie innych z jedną wizualną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch]. Po pewnym czasie (około jedenastej minuty) Piotr dołączył do wspólnego grania [ADSA: naśladowanie innych; NR I: 5a U; NR II: 5c/instr.]. Pojawiała się naprzemiennosc w tworzeniu – chłopiec stał się prowadzącym, a terapeuta towarzyszył mu, powtarzając liczbę granych przez niego uderzeń, naśladowując intensywność oraz nastrój improwizacji [ADSA: naprzemiennosc stron; NR I: 6 U; NR II: 6b/instr.]. Podczas rozwijania muzycznego materiału Piotr wykazywał świadomość wspólnego grania, często spoglądał na terapeutę i na jego sposób gry [ADSA: obserwowanie innych; właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 6 U; NR II: 4a/instr.]. Kolejny ważny moment nastąpił, gdy chłopiec zaczął wokalizować graną na dzwoneczkach skalę, co wskazywało na dużą wrażliwość muzyczną oraz umiejętność percepcji melodycznego komponentu i jego przetwarzania [ADSA: wokalizacje; NR I: 6 U; NR II: 6b/wokal]. Dla chłopca każda chwila z bębniem lub dzwoneczkami sztabkowymi była bardzo przyjemnym doświadczeniem, wywołującym pozytywne emocje [ADSA: społeczny uśmiech]. Instrumenty i ich możliwości ekspresyjne stały się dobrym sposobem na podtrzymanie i wydłużenie uwagi chłopca, a przede wszystkim umożliwiały tworzenie przestrzeni, w której dziecko wraz z terapeutą nawiązywali ze sobą relację [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 5c U; NR II: 6a/instr.].

Kontynuując sesję, terapeuta zaproponował zabawę *Co to jest* z pokazywaniem części ciała, jednak Piotr nie był zainteresowany uczestniczeniem w zabawie [ADSA: odrzucenie; NR I: 2b U; NR II: 1/ruch]. Podobna sytuacja miała miejsce w trakcie piosenki o zwierzętach z odzwierciedlaniem wydawanych przez nie odgłosów; dopiero za namową terapeuty chłopiec zaczął spoglądać na prezentowane zwierzęta [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole

uwagi z jedną werbalną wskazówką] i po zaśpiewaniu danych odgłosów przez terapeutę powtarzał te produkcje dźwiękowe [ADSA: naśladowanie innych z jedną werbalną wskazówką; wokalizacje; NR I: 3 U; NR II: 3/wokal]. Pod koniec sesji dziecko zdawało się być bardziej rozproszone – miało trudności ze skupieniem się oraz dostosowywaniem się do poleceń terapeuty. Coraz częściej odchodziło od terapeuty i instrumentów [ADSA: odrzucenie; NR I: 2b U; NR II: 2/ruch], wykazując zainteresowanie innymi przedmiotami w sali [ADSA: ograniczone zainteresowanie], tym samym tracąc kontakt z otaczającą rzeczywistością [NR I: 1 U; NR II: 1/ruch].

Blisko zakończenia sesji chłopiec kierował się do wyjścia [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru niewerbalnie; NR I: 3 O; NR II: 2/ruch]. Ponieważ nie mógł wyjść, położył się na materacu, wtulając się w niego [ADSA: rozumienie słowa „nie”].

Chłopiec zaangażował się ponownie w trakcie wspólnego sprzątania instrumentów [ADSA: identyfikacja „sprzątanie”; odpowiedź na komunikat z jedną werbalną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 2/ruch].

Podczas piosenki pożegnalnej terapeuta zaproponował dodanie elementu ruchowego – początkowo nakierowywał chłopca, który poddawał się jego ruchom [ADSA: reakcja na pożegnanie, niewerbalnie; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Po każdym wspólnym działaniu Piotr zaczynał skakać (ruchy stereotypowe), wykazując gotowość do śpiewania i pokazywania piosenki na zakończenie [ADSA: odpowiedź na komunikat; NR I: 3 U; NR II: 2/ruch]. Pod koniec sesji chłopiec wydawał się niespokojny, co mogło być przyczyną powyższych autostymulacji [ADSA: stymulacje ruchowe; NR I: 2 O; NR II: 1/ruch].

Tabela 11. Przypadek Piotra – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (19 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>C, NNN, PPP (inicjował zabawę <i>Stop</i>, w której terapeuta grał powtarzający się motyw na gitarze; swobodnie wokalizuje)</p> <p>AA, BB (podchodził do gitary i zaczynał badać różne możliwości instrumentu – przesuwiał ręką po strunach gitary, stukał o nie)</p> <p>C, NNN, S, 11 (zabawa <i>Stop</i> angażowała chłopca poznawczo i emocjonalnie)</p> <p>NN, MM, PP (kładał się na kolanach terapeuty, od czasu do czasu zerkając na</p>	<p>NN, 10 (pojawiał się kontakt podczas piosenki powitalnej)</p> <p>10 (interesował się wolorami brzmieniowymi gitary)</p> <p>1, FF (poprzez działania związane z bębniem, była podtrzymywana i wydłużana uwaga chłopca)</p> <p>8, 9 (piosenka <i>Tingalajo</i> – do której chłopiec zaczynał wokalizować – stała się początkiem improwizacji, w której terapeuta śpiewał, a chłopiec tworzył</p>

	<p>terapeutę, gdy śpiewał, spokojną, miarową improwizację; do improwizacji wokalne, terapeuta dołączał delikatne kołysanie w rytm tworzonej improwizacji)</p> <p>OOO (pomimo, że chłopiec nie komunikował się werbalnie, rozpoznawał nazwy poszczególnych instrumentów, takie jak np. grzechotka, której na polecenie terapeuty, szukał w sali)</p> <p>9 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych, 4 motoryczne pożądane zachowania muzyczne</p>	<p>akompaniament do linii melodycznej terapeuty – szarpał struny, uderzał o pudło rezonansowe instrumentu)</p> <p>2, 11, FF (w zabawie opartej na podążaniu za bębniem – <i>Na bębnie graj</i>, o skocznym charakterze i w szybkim tempie, chłopiec potrafił się odnaleźć i podążać za zmianami miejsca bębna, kierowanego przez terapeutę)</p> <p>H, R (wokalizował skalę pentatoniki)</p> <p>1, 10 (zastygał w skupieniu i obserwował terapeutę grającego na dzwonkach)</p> <p>1, 2, 10 (patrzył na prezentowane obrazki zwierząt, czasem powtarzał produkcje dźwiękowe, ale dopiero po ich zaśpiewaniu przez terapeutę; starał się powtarzać słowa, np. „kro” – co tutaj oznaczało krowę)</p> <p>PP (podczas piosenki pożegnalnej, terapeuta proponował dodatkowy element ruchowy, starając się nakierować dziecko na określone działanie; chłopiec w odpowiedzi poddawał się ruchom terapeuty)</p> <p>P, R (zaczynał wokalizować w tonacji śpiewanej i granej piosenki)</p> <p>18 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych, 2 motoryczne pożądane zachowania muzyczne</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>1 – koncentruje się; 2 – naśladuje; 8 – wykazuje pomysłowość; 9 – wykazuje oryginalność; 10 – przetwarza zmysłowo: obserwuje/słucha/dotyka</p> <p>C – powtarza muzyczne działania terapeuty</p> <p>H – stosuje konsonanse podczas wokalizacji/śpiewania lub tworzenia</p> <p>P – śpiewa/nuci/gra piosenkę, stosując odpowiedni rytm lub tonację</p> <p>R – stosuje melodyczny zasięg interwałów/skali, kiedy śpiewa z akompaniamentem terapeuty (może też odzwierciedlać tonację terapeuty)</p>		

<p>S – akceptuje wibracje instrumentu, kiedy gra on na/przy ciele dziecka; BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie FF – naśladuje proste schematy rytmiczne lub melodyczne NN – słucha i odbiera interesujący go materiał muzyczny NNN – wykonuje krótkie, odruchowe dźwięki, pewne partie będące muzycznym echem improwizacji terapeuty OOO – zna nazwy instrumentów/ przyporządkowuje nazwy do instrumentów PPP – zachowuje strukturę sesji/strukturę muzyczną</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA: 11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową</p> <p>AA – używa ręki do grania na gitarze MM – uspokaja się w trakcie sesji PP – toleruje rytmiczne poruszanie częściami ciała z terapeutą</p>		
Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>P, 3, 7, 8 (powodując harmoniczno-dynamiczne napięcie, terapeuta przestawał grać i śpiewać, w chwili gdy chłopiec świadomie przykładał ręce do strun gitary, tłumiąc jej brzmienie – wyciszał instrument)</p> <p>A, 13, 14 (swobodna improwizacja, na którą chłopiec reagował uśmiechem)</p> <p>E (skoczna improwizacja, podczas której chłopiec intencjonalnie odwracał się do terapeuty)</p> <p>S, GG (po eksploracji instrumentu, chłopiec zaczynał nawiązywać muzyczny dialog z terapeutą)</p> <p>13, 14 (radość spowodowana zabawą <i>Stop</i>)</p> <p>8, 10, 11 (dziecko podnosiło rękę, terapeuta naśladował chłopca i swoją ręką lekko uderzał w rękę chłopca; chłopiec spoglądał na terapeutę i zwracał na niego uwagę)</p>	<p>S, GG, U (słuchał, nawiązywał kontakt wzrokowy z terapeutą podczas piosenki powitalnej, która przeistaczała się w swobodną improwizację na bębnie, opartą na naprzemiennym dialogu)</p> <p>S, 13, 11, 3, 28 (naprzemiennność wspólnego grania i wokalizowania, sprawiała chłopcu wiele radości i ekscytacji)</p> <p>BB, S, U (z biegiem rozwoju improwizacji, chłopiec stawał się prowadzącym, a terapeuta powtarzał liczbę uderzeń chłopca i naśladował jego nastrój)</p> <p>28, Q (zaczął wokalizować graną na dzwonkach skalę, co wskazywało na dużą wrażliwość muzyczną oraz umiejętności percepcji melodycznego komponentu)</p> <p>8, Q (wykazywał świadomość wspólnego grania, często spoglądał na terapeutę i obserwował jego sposób gry)</p> <p>13, 38, V (muzyczne doświadczenie z bębniem stało się bardzo przyjemną aktywnością, powodującą pozytywne emocje)</p> <p>28, 10 (zaczął wokalizować w tonacji</p>

		<p>śpiewanej i granej piosenki)</p> <p>3, 28 (powtarzał produkcje dźwiękowe po zaśpiewaniu danych odgłosów przez terapeutę)</p> <p>8, U, 34 (piosenka <i>Tingalajo</i> – do której chłopiec zaczynał wokalizować – stała się początkiem improwizacji, w której terapeuta śpiewał, a chłopiec tworzył akompaniament do linii melodycznej terapeuty – szarpał struny, uderzał o pudło rezonansowe instrumentu)</p> <p>S, 3, 11, 13 (w zabawie opartej na podążaniu za bębnem – <i>Na bębnie graj</i>, o skocznym charakterze i w szybkim tempie, chłopiec potrafił się odnaleźć i podążać za zmianami miejsca bębna, kierowanego przez terapeutę)</p> <p>DD (w odpowiedzi poddawał się ruchom terapeuty i wykazywał chęć do dalszego działania)</p>
	<p>12 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>3 komunikacyjne pożądane relacyjne zachowania muzyczne</p>	<p>25 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>5 komunikacyjnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>3 – odpowiada na komunikat; 7 – nawiązuje dialog i potrafi go podtrzymać; 8 – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; 10 – obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim; 11 – reaguje na sygnały z otoczenia; 13 – wyraża zadowolenie; 38 – wyraża swoje emocje adekwatnie do sytuacji</p> <p>A – patrzy na twarz osoby, która śpiewa lub gra</p> <p>E – zwraca się ku miejscu, skąd pochodzi dźwięk</p> <p>U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę</p> <p>S – ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń</p> <p>Q – uderzając w instrument, wskazuje na świadome rozpoznanie elementu muzycznego (puls, metrum...)</p> <p>V – radośnie uczestniczy w muzycznej eksploracji wraz z terapeutą (zaufanie)</p> <p>BB – jest zmotywowany, aby spontanicznie improwizować oraz prowadzić terapeutę (muzyczna asertywność)</p>		

DD – celowo porusza ciałem do tworzonej muzyki (odkrywa swobodę)

GG – odpowiada naprzemiennie terapeutę, który nadaje ekspresji dziecka muzyczną formę

KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:

14 – werbalnie i/lub niewerbalnie nawiązuje kontakt/interakcję; 28 – wokalizuje; 34 – wyraża chęć/wybór/potrzebę poprzez alternatywne formy komunikacji

P – ukazuje zainteresowanie zagranie na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale)

Niepożądane zachowania muzyczne	<p>C (terapeuta kierował ręką dziecka i wskazywał mu sposób grania)</p> <p>E, M (nie reagował na muzyczne wskazówki terapeuty, nie wykonywał też polecenia z klaśnięciem w dłonie)</p> <p>O (jeżeli pojawiała się muzyczna interakcja, to trwała ona bardzo krótko)</p> <p>Q (pojawił się moment, w którym chłopiec „wyłączał się” z jakichkolwiek działań – nie reagował na muzyczne zmiany)</p> <p>7 (pojawily się stymulacje wzrokowe kolorowymi pałeczkami)</p> <p>1, 12 (podchodził do okna podczas sesji)</p> <p>N (zatykał uszy)</p> <p>5 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych,</p> <p>4 motoryczne niepożądane zachowania muzyczne</p>	<p>I (rozpraszał się kamerą – nawet zmiana charakteru improwizacji granej przez terapeutę nie motywowała chłopca do zmiany)</p> <p>M (dekoncentrował się innymi przedmiotami, stawał się całkowicie obojętny na działania, czasem tracąc kontakt z rzeczywistością)</p> <p>15 (w trakcie piosenki <i>Co to jest</i> nie był zainteresowany pokazywaniem i aktywnym uczestnictwem w piosence)</p> <p>O (ponowna zabawa z dzwonkami – bardzo krótkie motywy)</p> <p>3 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne,</p> <p>1 motoryczne niepożądane zachowanie muzyczne</p>
---------------------------------	--	--

KATEGORIA POZNAWCZA:

15 – nie jest zainteresowany uczestnictwem w sesji lub w danym działaniu

C – jest częściowo niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne

E – powstrzymuje się od wspólnej aktywności

M – nie wsłuchuje się w odbywające się działania

O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się

Q – nie reaguje na zmiany muzyczne

KATEGORIA MOTORYCZNA:

1 – ucieka się do zachowań obronnych lub unikających dalszego działania; 7 – stymulacje wzrokowe;

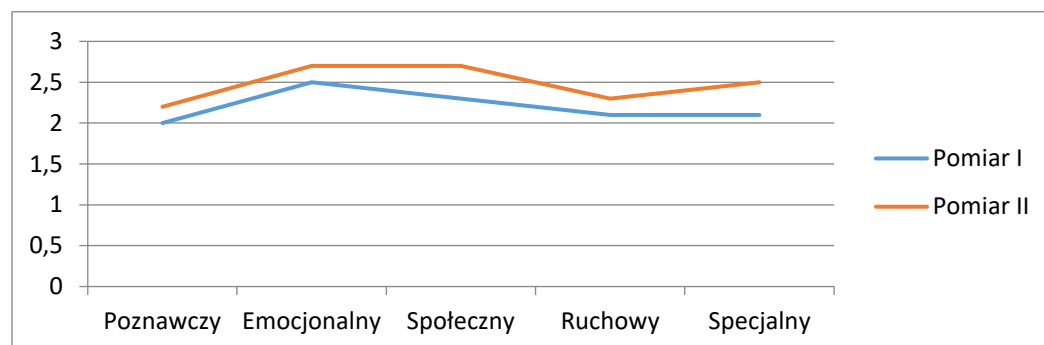
12 – ograniczone zainteresowanie dla określonych czynności/przedmiotów		
I – interesują go przedmioty niezwiązane z działaniami muzycznymi		
N – stymulacje słuchowe		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	2 (pojawily się stymulacje wzrokowe kolorowymi palczkami) 9 (parokrotnie podchodził do okna podczas sesji) 2 (zatykał uszy) 1 społeczno-emocjonalne niepożądane zachowanie relacyjne, 2 komunikacyjne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	22, 21 (pod koniec sesji, stawał się rozproszony i miał trudności ze skupieniem się) 1, 33, F (w piosence pożegnalnej, po wprowadzeniu dodatkowego ruchu, zaczynał skakać – ruchy stereotypowe) 31, 32 (kierował się do wyjścia, chciał opuścić zajęcia) 15 (nadmierne przeciągnięcie sesji, spowodowało autostymulację u chłopca) 4 społeczno-emocjonalne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne 4 komunikacyjne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne
KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA: 9 – działania zakłócające; 15 – może pojawić się odczucie przytłoczenia i przerażenia; 31 – brak naprzemienności w zachowaniu; 33 – brak kontroli emocjonalnej (nadmierna euforia, agresja, płacz, krzyk, pobudzenie) KATEGORIA KOMUNIKACYJNA: 1 – zachowania stereotypowe: ruchowe; 2 – stymulacje słuchowe i/lub wzrokowe; 21 – nie wykazuje chęci/potrzeby/wyboru; 22 – nie reaguje na polecenia; 32 – wykazuje chęć opuszczenia sali F – wykonuje czynności niekomunikacyjne: kołysanie się do przodu, chodzenie na boki, skakanie, kręcenie, bieganie oraz inne, które nie wykazują żadnych konotacji z tworzoną przez terapeutę muzyką		

Podsumowanie wyników

Wykres SOZ-D (tabela 12) pokazuje, że Piotr poprawił nieznacznie swój rozwój we wszystkich sferach. Większe różnice pojawiają się w sferze społecznej oraz specjalnej (czyli obejmującej takie zachowania, jak: stereotypie, agresja, lęk). W trakcie ostatniej sesji muzykoterapeutycznej dziecko słuchało terapeuty i nawiązywało z nim kontakt wzrokowy podczas piosenki powitalnej, która ewoluowała w swobodną improwizację na bębnie opartą na naprzemiennym dialogu. Chłopiec w szybkim tempie naprzemiennie uderzał w dwa bębny, nasłuchując swoich produkcji dźwiękowych. Ponadto grał na dzwonkach (improwizacja

i tworzenie). Stopniowo pojawiała się naprzemiennność w tworzeniu, w której chłopiec stawał się prowadzącym, a terapeuta naśladował produkcje chłopca i jego nastrój. Przedstawiony w tabeli 12 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 12. Przypadek Piotra – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 5, natomiast na ostatniej sesji wzrosła do 10. W sferze społecznej w pierwszym pomiarze dane pokazały 11 aktywności, w drugim natomiast 18. Zarówno w sferze społecznej, jak i komunikacyjnej liczba pożądanych zachowań znacznie wzrosła. Jeśli chodzi o zachowania oparte na stymulacjach oraz zachowaniach stereotypowych liczba ta się nie zmieniła – zarówno w pierwszym, jak i w drugim pomiarze wyniosła 4.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze za zachowania niepożądane, takie jak: brak akceptacji, odrzucenie, otrzymało 8 pkt, natomiast za zachowania związane z ograniczoną aktywnością lub z rozwojem aktywności – 9 pkt. Zupełnie inaczej dane te rysują się w drugim pomiarze – zachowań opartych na ograniczonym uczestnictwie i wzrastającym zaangażowaniu pojawiło się więcej – aż 14 (14 pkt), a zachowań odrzucających czy zakłócających – 5 (5 pkt). Analiza skali I uwidacznia różnice w liczbie pożądanych i niepożądanych zachowań. Porównując dane z pierwszego i drugiego pomiaru, dostrzegamy, że w drugiej obserwacji liczba pożądanych zachowań wzrosła, a zmalała liczba niepożądanych. Podobne wnioski można wysunąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej zachowań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach na działania terapeuty – łącznie 12 pkt za zachowania niepożądane, a 5 pkt za zachowania pożądane (w tym

pobudzona muzyczna świadomość oraz odpowiedzi stabilne muzycznie). W drugim pomiarze sytuacja jest odwrotna – więcej jest zachowań ukazujących możliwości budowania i inicjowania muzycznego kontaktu za pomocą wielu form ekspresji, takich jak działania wokalne, instrumentalne czy ruchowe (15 pkt), niż działań o charakterze niekomunikacyjnym (8 pkt).

Jeśli chodzi o uwzględnione kategorie badawcze, to wyniki wyglądają następująco: sfera poznawcza dziecka poprawiła się przy jednoczesnym spadku poziomu aktywności związanych ze sferą motoryczną. W sferze poznawczej w pierwszym pomiarze odnotowano 9 zachowań, w drugim 18, w sferze motorycznej w pierwszym pomiarze 4 zachowania, a w drugim 2. Sfera społeczno-emocjonalna i komunikacyjna w drugim pomiarze poprawiły się. Podczas pierwszego pomiaru zachowania w sferze społeczno-emocjonalnej wyniosły 12, w drugim pomiarze 25. Sfera komunikacyjna poprawiła się nieznacznie: z 3 zachowań (pomiar I) na 5 (pomiar II). W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 5 obecności (pomiar I) i 3 (pomiar II), natomiast w sferze motorycznej w pierwszym pomiarze 4 zachowania, a w drugim 1. W pomiarze niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych poziom obecności pogorszył się: w pierwszym pomiarze odnotowano 1 zachowanie, w drugim pomiarze liczba ta wzrosła do 4. Podobną zmianę można zaobserwować w przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym – w pierwszym pomiarze liczba zachowań wyniosła 2, w drugim wzrosła do 4.

Tabela 13. Przypadek Piotra – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	++++
		gaworzenie	–	–
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	–	–
		łączenie słów/zdania	–	–
		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	+(niewerbalnie)	++(niewerbalnie)
		identyfikacja	+++ (grzechotka, gitara, zabawa Stop)	++ (zabawa Na bębnie graj i Sprzątanie)

	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	+
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	+	+
			(1 krok)	(1 krok)
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	–
		odpowiedzi na pytania otwarte	–	–
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	–	++ (niewerbalnie)
		odbiór/odpowiedź na komunikat	+	+++
		spontaniczne komentarze	–	–
		inicjowanie rozmowy	–	–
		brak kontaktu wzrokowego	–	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	–	–
		właściwy kontakt wzrokowy	+++	+++
		reakcja na imię	–	–
		obserwowanie innych	+	++
		naśladowanie innych	–	++
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	+	++
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	–	–
		społeczny uśmiech	+	+
		śmianie się	+	+
		właściwa interakcja	+	++
		naprzemiennosc stron	+	++
		inicjowanie zmian	+	–
	zachowanie	stymulacja słuchowe	+	–
		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–
		poruszanie przedmiotami	–	–
		stymulacje węchowe	–	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	+	–
		stymulacje ruchowe	–	+
	inne zachowania	agresja	–	–

		działania destrukcyjne	–	–
		działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	+	+
		odrzućcie	+	++
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	4	1
		niepewna akceptacja (2a)	0	0
		duża sprzeczność – odrzućcie (2b)	1	2
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	6	4
		aktywny rozwój interakcji (4)	2	2
		praca nad relacją (5a)	0	3
		muzyczna asertywność (5b)	0	1
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	1	1
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	3
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzućcie (1b)	3	0
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu (2)	0	1
		działania wymijające i obronne (3)	0	1
		przekora i/lub manipulacja (4)	0	0
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	0	0
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	11	4
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	1	4

		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	3	3
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	2	4
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	0	0
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	0
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	0	0
		wzrastające zaangażowanie (5c)	0	3
		uczestnictwo w interakcji (6a)	0	2
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	0	2
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	0	1
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	0	0
		entuzjazm płynący z muzycznej ekspresji (7b)	0	0
Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	9	18
		MOTORYCZNA	4	2
	pożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNE	12	25
		KOMUNIKACYJNE	3	5
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	5	3
		MOTORYCZNA	4	1
	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNE	1	4
		KOMUNIKACYJNE	2	4

Jak wynika z zestawień liczbowych oraz analizy jakościowej kategorii badawczych, chłopiec poprawił swoje funkcjonowanie, zwłaszcza w sferze społeczno-emocjonalnej oraz

poznawczej. Wszystkie aktywności, które pojawiły się na ostatniej sesji – wspólna improwizacja na bębnie oparta na naprzemiennym dialogu, zabawa *Na bębnie graj*, w której chłopiec odpowiadał muzycznie, wokalizacje w tonacji śpiewanej i granej piosenki czy skali, muzyczna naprzemiennność/dialogowanie w improwizacji czy muzycznych piosenkach opartych na improwizacji – potwierdzają zmianę w tych obszarach. Ponadto chłopiec wykazywał wiele radości z relacji z terapeutą – uśmiechał się, ekscytował, momentami wnikliwie obserwował jego ruchy i działania. Piotr wykazywał świadomość wspólnego grania, często spoglądał na terapeutę i na jego sposób gry. Pod względem społecznym powtarzał produkcje dźwiękowe po terapii. Piotr wraz z terapeutą niewątpliwie nawiązali relację, która doprowadzała do rozwoju społecznego, emocjonalnego i poznawczego chłopca. Pojawiające pod koniec sesji ruchy stereotypowe stanowiły formę odreagowania dziecka oraz satysfakcji z danej piosenki (w ten sposób chłopiec okazywał gotowość śpiewania i pokazywania piosenki na zakończenie). Technikami najczęściej stosowanymi u chłopca były improwizacja oraz piosenki oparte na improwizacjach wokalnoinstrumentalnych. Dzięki improwizacji chłopiec mógł wyrazić siebie, swoje potrzeby, mógł również skomunikować się z terapeutą w momencie, w którym tego potrzebował i chciał – to był jego wybór. Dzięki plastyczności i elastyczności improwizacji chłopiec nie tylko pracował z terapeutą nad powyższymi sferami rozwojowymi – obaj rozwijali też sferę muzyczną Piotra, jego muzyczne preferencje i zainteresowania. Wprowadzane piosenki przyczyniały się natomiast do poprawy sfery poznawczej – uważności, koncentracji, zapamiętywania oraz podążania za wskazówkami terapeuty, co początkowo stanowiło duże wyzwanie dla chłopca. Podsumowując, muzykoterapia dała Piotrowi możliwość rozwoju w obszarze pożądanego zachowań. Liczba zachowań niepożądanych zmniejszyła się minimalnie, jednak duży wzrost jest dostrzegalny w obszarze zachowań pożądanego, co wskazuje na skuteczność muzykoterapii podczas sesji z Piotrem. Działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały na chłopca, były: działania improwizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, komunikacyjna) i odtwórcze (poznawcza, motoryczna).

4.1.2 Przypadek Julii

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Julia (3 lata) otrzymała diagnozę autyzmu z niesamodzielnym opóźnieniem mowy. Niezrozumienie jej mowy ze strony innych (zazwyczaj osób dorosłych) sprawia, że się frustruje i denerwuje. Jest dzieckiem o dużej potrzebie ruchu, regulowanej zazwyczaj poprzez

bieganie po sali, nawet w momentach, które na to nie pozwalają, np. podczas jedzenia posiłków czy wykonywania określonych zadań. Oprócz biegania skacze, tańczy, lubi każdy rodzaj aktywności fizycznej. Jest wrażliwa na hałas i wysokie dźwięki. Z obserwacji psychologów wynika, że cechuje ją zwiększone napięcie psychoruchowe, a jej sfera poznawcza jest dość ograniczona ze względu na brak umiejętności naśladowania. Dziewczynka wykazuje trudności z przystosowaniem się do zmian – zaczyna płakać, krzyczeć, rzuca się na podłogę lub chowa się za przedmiotami lub osobą.

W kontaktach z innymi preferuje kontakt indywidualny. Jej trudności społeczne wynikają z braku prawidłowych relacji z rówieśnikami. Kontakty z dorosłymi akceptuje, dopóki nie wymagają od niej wykonania określonej czynności, której dziewczynka nie chce zrobić. Ma trudności z podporządkowaniem się oraz reagowaniem na polecenia. Często w takich momentach pojawiają się zachowania niepożądane: wpadanie w złość, rzucanie się na podłogę oraz popychanie, a nawet bicie czy gryzienie innych dzieci. Zauważa się małe oznaki kontaktu wzrokowego. Dziewczynka często podejmuje zabawy stereotypowe, np. układanie wieży z klocków czy ustawianie zabawek w rzędy. Ponadto lubi pieski pluszowe, którymi z chęcią się bawi lub manipuluje. Nie lubi sprzątać zabawek ani kończyć ulubionych aktywności.

W ramach placówki, do której uczęszcza, Julia jest poddawana wielu terapiom: logopedii, terapii behawioralnej, terapii wodnej, hipoterapii, fizjoterapii, terapii psychologicznej i pedagogicznej. Jeśli chodzi o muzykoterapię, dziecko zaczęło uczestniczyć w niej pierwszy raz w trakcie badania. Opiekun dziewczynki zaznaczył w ankiecie, że nie miała wcześniejszych muzycznych doświadczeń związanych z muzykoterapią, ale lubi muzykę. Kiedy słyszy muzykę, zaczyna się poruszać. Preferuje melodyjne piosenki dla dzieci, muzykę klasyczną, pop, techno czy rock. Na pytanie o oczekiwania opiekuna względem interwencji muzykoterapeutycznej, wskazał na elementy wyciszenia oraz rozwoju wrażliwości słuchowej, aby dziewczynka nie reagowała strachem na głośne i wysokie dźwięki, co utrudnia jej funkcjonowanie.

Pierwsza rejestrowana sesja

Na początku sesji pojawiła się wspólna improwizacja, w której dziewczynka odważnie grała na bębnie, poznając właściwości instrumentu [NR II: 6a/instr.]. Od czasu do czasu starała się nawiązywać kontakt wzrokowy z terapeutą [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 5c U]. Po upływie kilku chwil improwizacja zaczęła ewoluować [ADSA: naprzemienność stron]. Ponownie pojawiała się wspólna muzyczna wymiana, w której

dziecko zaczęło inicjować kontakt poprzez instrument (bum rurkę) [ADSA: wskazywanie chęci wyboru niewerbalnie; NR II: 7a/instr.] i ruch ciała w rytmie akompaniamentu granego przez terapeutę [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 6 U; NR II: 7a/ruch]. Dziewczynka zaczynała grać na rurkach, podskakiwać, śpiewać – łączyć wiele ekspresji jednocześnie [NR II: 7b/instr.]. Po intensywnej muzycznej aktywności pojawiały się chwile przerwy [ADSA: inicjowanie zmian]. Kiedy dziewczynka przestawała grać z terapeutą, następowało zawieszenie działań muzycznych obu stron [NR I: 3 U; NR II: 1 ruch/wokal/instr.].

Po przedłużającej się chwili muzycznego zawieszenia terapeuta zainicjował grę na bębnie – dziewczynka się zaangażowała i zaczęła naśladować uderzenia w instrument [ADSA: odpowiedź na komunikat z jedną wizualną wskazówką; naśladowanie innych z jedną wizualną wskazówką; NR II: 3/instr.]. Taka muzyczna wymiana pojawiła się trzykrotnie [NR I: 4 U]. W czwartej minucie sesji improwizacja zaczęła przypominać muzyczny dialog (na instrumentach perkusyjnych, potem tylko na gitarze) [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 5a U; NR II: 6a/instr.]. Chcąc pokazać dziecku możliwości rozwoju, terapeuta posługiwał się fizycznymi wskazówkami – wskazywał możliwości grania na instrumencie, zwiększał natężenie improwizacji, dokonywał zmian dynamicznych lub przerywał grę. Dziecko w zasluchaniu podążało za działaniami prowadzącego, obserwując je i dołączając się do gry [ADSA: obserwowanie innych z jedną fizyczną wskazówką; NR I: 5a U; NR II: 5c/instr.].

W szóstej minucie trwania sesji, dziewczynka podała bum rurki terapeutcie w celu wspólnej improwizacji [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi]. Terapeuta zaczął grać i w pewnym momencie podniósł rurki do góry, świadomie wprowadzając zmianę w muzyczne działania. Dziewczynka chciała wykonać zadanie, ale długość instrumentu jej to utrudniła. Działanie prawdopodobnie było zbyt trudne dla dziecka, stąd po kolejnej próbie poruszania instrumentem w różne strony pojawiła się przekora i dziewczynka porzuciła zabawę [ADSA: odrzucenie; NR II: 2/instr.]. Nie reagowała na sposób gry terapeuty i skierowała się ku gitarze. [NR I: 4 O].

W tej części muzycznego materiału dziewczynka zaczęła nadawać kierunek improwizacji pod względem tempa oraz dynamiki [ADSA: wskazywanie potrzeby prowadzenia niewerbalnie; NR II: 6c/instr.]. Terapeuta akompaniował jej na bum rurkach, co jakiś czas zwiększając dynamikę. Po skończonej grze dziewczynka zaczęła bić brawo (pozytywny objaw potrzeby samorealizacji) [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5c U]. Z biegiem sesji terapeuta ponownie zaproponował zabawę z bębniem, ale dziewczynka nie reagowała na jego działania i polecenia, a skupiała się na swojej czynności, niezwiązanej z muzycznym rozwojem interakcji [NR I: 2 O; NR II: 1/instr.]. Gdy terapeuta

ponownie nakierował bębenek w stronę dziewczynki, pokazując jej ręką możliwość uderzenia w bęben, Julia zaczęła na nim grać pewne schematy rytmiczne na przemian z terapeutą, wspólnie wokalizując [ADSA: odpowiedź na komunikat z wizualną wskazówką; naprzemiennność stron z dwoma fizycznymi wskazówkami; NR I: 4 U; NR II: 5c/instr./wokal]. Gdy otrzymywała jasne wskazówki, dzięki którym mogła wykonać muzyczne działanie, przejawiała umiejętność skupiania się na zadaniu. To doświadczenie trwało około 4 minut. W dwunastej minucie terapeuta dołączył do improwizacji instrumentalnej ruch – dziecko po pewnym czasie zaczęło naśladować terapeutę, lecz tylko na chwilę [ADSA: naśladowanie innych za pomocą jednej fizycznej wskazówki; NR II: 7a instr./ruch]. Terapeuta zainicjował zabawę *Do góry i na dół* – dziecko cały czas utrzymywało kontakt z terapeutą [ADSA: właściwa interakcja], śmiało się adekwatnie do sytuacji [ADSA: śmianie się], obserwowało [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 4 U], ale nie włączyło się aktywnie do zabawy.

Około czternastej minuty dziewczynka zaczęła wokalizować, przykładając rurkę do buzi (imitując trąbkę). Tym razem to terapeuta zaczął naśladować dziewczynkę [NR I: 5c U; NR II: 6b/wokal]. Śpiewał: „Gdzie jest Julia, gdzie ona jest, gdzie chowa się?” [ADSA: odrzucenie], ale niestety dziewczynka nie reagowała na śpiewany komunikat [NR I: 1 U] oraz na imię [ADSA: brak reakcji na imię]. Pod koniec sesji dziecko zaczęło chodzić na czworakach po całej sali, dekoncentrując się i odchodząc od muzycznej interakcji [NR II: 2/ruch]. Zaproponowana przez prowadzącego piosenka z pokazywaniem części ciała w celu nakierowania dziecka na działania zmierzające do muzycznej aktywności okazała się dla dziecka nieinteresująca [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 O; NR II: 1/wokal]. Około dwudziestej minuty sesji prowadzący zainicjował piosenkę pożegnalną bez szczególnej reakcji dziecka [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/wokal].

Ostatnia rejestrowana sesja

Dziewczynka grała naprzemiennie na bongosach, starała się zachowywać stały rytm. Prowadzący dostosowywał się do tworzonego materiału [ADSA: naprzemiennność stron]. Angażowała się w muzyczne aktywności. Lubiła, gdy mogła podążać za terapeutą, ale też sama eksplorować i nadawać ramy improwizacji [ADSA: wskazywanie chęci wyboru niewerbalnie; NR II: 6a/ruch/instr.]. Na początku była asertywna, lubiła decydować o tym, na czym będzie grać lub co będzie robić [NR I: 5b U]. W trakcie sesji terapeuta zaproponował piosenkę powitalną z pokazywaniem części ciała [ADSA: powitanie oparte na komunikacie niewerbalnym dziecka z wizualną wskazówką; podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką]. Dziecko wskazało tylko nos, po czym szybko przekierowało swoją uwagę na

dzwonki sztabkowe [NR I: 3 U]. Początkowo uderzało o pudełko z dzwonekami i czekało na odpowiedź terapeuty. Pojawił się dość nieoczekiwany muzyczny dialog, w którym dziecko i terapeuta uderzali w pudełko, z którego wydobywał się dźwięk dzwoneków [ADSA: właściwa interakcja; NR II: 6a/instr.]. Dopiero po pewnym czasie terapeuta otworzył pokrowiec z dzwonekami i pojawiła się typowo muzyczna gra [ADSA: właściwa interakcja].

Julia ponownie łączyła wiele aktywności jednocześnie – śpiew i grę [NR II: 5a/instr./wokal]. Szybko jednak zainicjowała zabawę z chowaniem dzwoneków – zakrywała je i znów odkrywała [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi]. Terapeuta podążał za dzieckiem i towarzyszył jego ruchom, tworząc improwizowaną piosenkę o chowających się dzwonekach. Prowadzący sądził, że dziewczynka aktywnie zaangażuje się w piosenkę i dodał do niej elementy muzyczne i ruchowe. Jednakże Julia skierowała uwagę na zupełnie inne działania, niezwiązane z muzyczną aktywnością [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 U]. Nie dała terapeutcie szansy na włączenie się w zabawę, bo gdy tylko prowadzący zareagował na jej propozycję aktywności, dziewczynka uciekła [NR II: 2/instr.].

Około szóstej minuty pojawiła się zabawa z bębniem, oparta na naprzemienności grania terapeuty i dziecka. Julia ochoczo zareagowała na podawany instrument – czasem uderzała w niego ręką, a czasem nogą [ADSA: naprzemiennosc stron z jedną fizyczną wskazówką; odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną wizualną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 5b/instr.]. W tej zabawie prowadzący kontrolował wypowiedzi dziecka przez podawanie i odbieranie bębna, czyli wyznaczanie odpowiednich momentów do grania lub zatrzymywania gry. Podczas zabawy Julia była bardzo skoncentrowana i zaangażowana, lecz po minucie odeszła od działania, wyraźnie sygnalizując niechęć do kontynuowania zabawy. Prowadzący zaproponował dziecku piosenkę *Co to jest* z pokazywaniem odpowiednich części ciała. Zachęcał dziecko, aby pokazywało części ciała wymienione w piosence [ADSA: podążanie za zadaniami/poleceniami z wieloma wizualnymi wskazówkami]. Julia robiła to, ale jednocześnie zajmowała się szukaniem instrumentów w dużym pudle [NR II: 4b/ruch]. Gdy wyjęła instrument, którego szukała, pokazywała poszczególne części ciała, uśmiechając się [ADSA: uśmiech społeczny] i nawiązując prawidłowy kontakt wzrokowy z terapeutą [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 5c U]. Ponadto wskazywała na siebie, kiedy pojawiała się fraza: „To Julia” [ADSA: identyfikacja siebie z werbalną wskazówką; reakcja na imię].

Z biegiem sesji angażowała się w dalsze aktywności. Uśmiechała się i dzieliła się z terapeutą pałeczkami – małą i dużą [ADSA: uśmiech społeczny; inicjowanie wspólnego pola uwagi]. Naprzemiennie pokazywała małą i dużą pałeczkę przy słownym, a zarazem

ekspresyjnym określaniu wielkości pałeczek przez terapeutę [ADSA: identyfikacja słów i ich rozumienie: „mały” i „duży”]. Słowna ekspresja terapeuty przekształciła się w improwizowaną piosenkę o pałeczkach małych i dużych, w której dziewczynka ekspresyjnie wskazywała pałeczki, które wystąpiły w piosence, podążając za słowami terapeuty (słuchając, obserwując, nawiązując kontakt wzrokowy i uśmiechając się) [ADSA: uśmiech społeczny; właściwy kontakt wzrokowy; obserwowanie innych; NR I: 6 U; NR II: 5c/instr./ruch]. Później dziecko zaczęło również naśladować wypowiedane słowa: powtarzała „mała” i „duua” – jako określenie dużej [ADSA: wypowiedane słowo – „mała” i słowo zniekształcone – „duua” z werbalnymi wskazówkami terapeuty w piosence; NR II: 5c/wokal]. Około czternastej minuty Julia grała miarowo, w jednakowym pulsie, wykorzystując różne interwały [NR II: 6b/instr.]. Była raczej skupiona na sobie i na swojej grze, od czasu do czasu spoglądając na terapeutę, który towarzyszył dziewczynce, akompaniując jej [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 5a U].

W połowie sesji zaczęła wykazywać chęć opuszczenia sali [NR II: 2/ruch], ale propozycja grania na pianinie sprawiła, że dziewczynka ponownie zaangażowała się we wspólną aktywność [ADSA: inicjowanie zmian; NR II: 5b/instr.], w której terapeuta grał na pianinie, a ona na gitarze, czasem wokalizując [ADSA: wokalizacje; NR II: 5c/wokal]. Początkowo tempo i puls były jednostajne i miarowe, później terapeuta starał się nieco przyspieszyć tempo, ale dziecko nie zareagowało na tę muzyczną zmianę [NR I: 3 U; NR II: 4b/wokal].

Około siedemnastej minuty sesji dziewczynka odeszła od instrumentu i zabrała maskotkę pieska. Podążając za dzieckiem, prowadzący zaproponował muzyczną historię o piesku – zaśpiewał: „Witaj piesku, czy zagrażasz ze mną?”. Dziecko, słuchając i obserwując działania prowadzącego [ADSA: obserwowanie innych], skorzystało z zaproszenia do wspólnej aktywności i zaczęło uderzać w klawisze pianina, trzymając maskotkę – była to kombinacja ruchu z rekwizytem oraz nowego sposobu wydobywania dźwięków z pianina [ADSA: naprzemienność stron z werbalną wskazówką w postaci piosenki; NR II: 5a/ruch]. Czasem dziewczynka zatrzymywała swoje jednostajne uderzenia o instrument i tylko słuchała [NR I: 6 U]. Gdy terapeuta przerywał grę, czekając na działania dziecka, Julia odpowiadała muzycznie swoją grą z rekwizytem [ADSA: odpowiedź na komunikat z fizyczną wskazówką]. Koncentrowała się na wybranym dźwięku i uderzała w wybrany klawisz przez jakiś czas [NR II: 6a/instr.]. Po minucie dziewczynka przyniosła kolejną maskotkę: krowę. N nią również zaczęła grać na pianinie oraz naśladować odgłosy wydawane przez zwierzę [ADSA: identyfikacja odgłosu krowy werbalnie; gaworzenie; NR II: 6b/wokal/instr.].

W dwudziestej pierwszej minucie sesji dziecko przyniosło dla siebie krzesło i razem z terapeutą i maskotkami zaczęła grać na pianinie (siedząc blisko terapeuty). [ADSA: właściwa interakcja]. Terapeuta tworzył akompaniament oparty na pojedynczych dźwiękach, wykorzystując podstawę harmoniczną (w niskich rejestrach), stosując metrum 4/4, oraz podstawowy schemat harmoniczny oparty na triadzie. Dziecko w tym czasie grało jednym palcem rytm ósemkowy przy wskazanym metrum i w wysokim rejestrze [NR II: 6c/instr.]. Dzięki wspólnemu muzycznemu doświadczeniu zarówno dziecko, jak i prowadzący wspólnie eksplorowali swoją grę. Gdy w pewnym momencie terapeuta zatrzymał improwizację na dominancie (chcąc sprawdzić, jaka będzie reakcja dziecka na wprowadzone muzyczne zmiany), dziewczynka początkowo nie zareagowała na muzyczne pauzy [NR I: 3 U; NR II: 4b/instr.]. Dopiero po zastosowaniu podpowiedzi w trakcie kolejnego zatrzymania dziewczynka rozwiązała muzyczne napięcie [ADSA: odpowiedź na komunikat z fizyczną wskazówką; NR II: 4a/instr.]. Wraz z kontynuowaniem sesji dziecko zaczęło odpowiadać coraz bardziej świadomie, a nawet zwiększać wartości rytmiczne do szesnastek [ADSA: odpowiedź na komunikat; właściwa interakcja; NR I: 5a U; NR II: 7a]. Terapeuta, w ramach techniki improwizacyjnej kopiowania, odzwierciedlał jej intensywność w dynamice, wartościach rytmicznych oraz wokalizacji.

Pod koniec sesji (dwudziesta piąta minuta) terapeuta zainicjował kołysankę dla poszczególnych zwierzątek – maskotek. Dziecko nie zwróciło uwagi na spokojny i wyciszający charakter improwizacji i odeszło [NR I: 5b U; NR II: 2/ruch]. Aby ponownie zaktywizować dziecko do ostatniego działania, prowadzący podszedł do dziecka z grzechotką i zaczął śpiewać znaną dziecku piosenkę o położeniu instrumentu: raz u góry, raz na dole. Duża ekspresja twarzy terapeuty sprawiła, że dziecko z wielką radością od razu włączyło się w piosenkę [ADSA: odpowiedź na komunikat z werbalną, fizyczną i wizualną wskazówką; NR I: 4U; NR II: 3/ruch], stopniowo naśladowując ruchy wykonywane przez prowadzącego [ADSA: naśladowanie innych z fizycznymi wskazówkami]. Podczas piosenki pożegnalnej dziewczynka nie wokalizowała, ani nie śpiewała [NR II: 3/wokal]. Piosenka była dla niej sygnałem, że czas skończyć, zatem zabrała swoje maskotki i skierowała się do wyjścia [ADSA: reakcja na pożegnanie niewerbalne; NR I: 2b U; NR II: 3/ruch]. Terapeuta starał się zachęcać dziewczynkę do śpiewania, lecz ona nie reagowała – otworzyła drzwi i wyszła z sali [NR II: 1/ruch].

Tabela 14. Przypadek Julii – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I	Kody i zachowanie POMIARU II
-----------	-----------------------------	------------------------------

	(1 sesja)	(19 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>BBB (odważanie grała na bębnie)</p> <p>2 (naśladowała w instrument)</p> <p>NN, FF, AA, 1, 10, 5 (terapeuta pokazywał możliwości grania na instrumencie, dziecko podążało)</p> <p>35, 32, BBB, H, D, XX (grała na rurkach, podskakiwała oraz śpiewała, podążając za działaniami terapeuty)</p> <p>2, 34 (podnosiła bum rurki do góry, ale ich długość utrudniała jej swobodne poruszanie się i granie)</p> <p>2, FF, 11, 13 (grała schematy rytmiczne na przemian z terapeutą, wspólnie wokalizując)</p> <p>2, XX, 10 (terapeuta dołączył ruch do improwizacji instrumentalnej, dziecko po pewnym czasie zaczęło go naśladować)</p> <p>8, BB, YY, H (wokalizowała, przykładając rurkę do buzi – imitując trąbkę)</p>	<p>14 (piosenka powitalna z pokazywaniem części ciała – wskazywała tylko nos)</p> <p>MMM, JJJ (dziecko zaczynało grać na dzwonkach; początkowo grała i śpiewała jednocześnie, dość chaotycznie)</p> <p>1, X (uderzała w bęben, reagowała na podawany instrument; czasem uderzała w niego ręką, czasem nogą; w tym czasie była bardzo skoncentrowana i zaangażowana w działania)</p> <p>14 (piosenka <i>Co to jest</i> z pokazywaniem odpowiednich części ciała; początkowo terapeuta zachęcał dziecko aby pokazywało zaśpiewane części ciała; robiła to, ale jednocześnie zajmowała się szukaniem instrumentów w dużym pudle)</p> <p>NNN (słowna ekspresja przekształcała się w improwizowaną piosenkę o pałeczkach małych i dużych, w której dziewczynka podnosiła pałeczki, podążając za słowami terapeuty)</p> <p>NN, C (słuchała, obserwowała działania muzyczne)</p> <p>C, 2 (dziecko zaczynało naśladować słowa wyśpiewane przez terapeutę: powtarzała „mała” i „duua” – jako określenie dużej)</p> <p>1, H (była raczej skupiona na sobie wykonawczo, ale spoglądała na terapeutę, który jej towarzyszył)</p> <p>GG, JJ, ZZ, XX (dziewczynka odchodziła od instrumentu, brała maskotkę pieska, do którego terapeuta zaczynał śpiewać – dziecko uaktywniało się i zaczynało uderzać w klawisze pianina, trzymając pieska zgodnie z metrum, poruszając ekspresyjnie rękami)</p> <p>1, V (skupiała się na wybranym dźwięku i uderzała w niego przez jakiś czas)</p> <p>ZZ, 18, B (przyniosła kolejną maskotkę,</p>

		<p>którą grała na pianinie oraz naśladowała jego odgłos)</p> <p>C, U, GG, EE (wspólna improwizacja: prowadzący – akompaniament oparty na pojedynczych dźwiękach angażujących podstawę harmoniczną; Julia – wysoki rejestr, grała jednym palcem, rytm ósemkowy, w metrum terapeuty)</p> <p>5 (eksplorowała)</p> <p>1, 2, NN (prowadzący podszedł do dziecka z grzechotką i zaczynał śpiewać piosenkę: <i>U góry i na dole</i>; duża ekspresja twarzy terapeuty sprawiała, że dziewczynka od razu koncentrowała się na terapeutce i piosence, uśmiechając się; zaczynała naśladować jego ruchy)</p> <p>5 (słyszac piosenkę pożegnalną, dziewczynka skierowała się do wyjścia; na polecenie terapeuty „Jula, zaśpiewaj piosenkę na koniec” – nie zareagowała)</p>
	<p>21 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>7 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>	<p>24 poznawcze pożądane zachowania muzyczne</p> <p>6 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>1 – koncentruje się; 2 – naśladuje; 5 – eksploruje i/lub rozumie; 8 – wykazuje pomysłowość; 10 – przetwarza zmysłowo: obserwuje/słucha/dotyka; 13 – różnicuje i analizuje; 14 – wskazuje części ciała; 18 – rozpoznaje zwierzęta (nazwy/odgłosy)</p> <p>B – wokalizuje</p> <p>C – powtarza muzyczne działania terapeuty</p> <p>D – śpiewając lub grając, zachowuje melodyczną strukturę samodzielnie lub pod wpływem terapeuty</p> <p>H – stosuje konsonanse podczas wokalizacji/śpiewania lub tworzenia</p> <p>V – wykorzystuje dźwięk instrumentów do powtarzania dźwięków</p> <p>BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie</p> <p>EE – stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumencie</p> <p>FF – naśladuje proste schematy rytmiczne lub melodyczne</p> <p>GG – uderza zgodnie z metrum</p> <p>NN – słucha i odbiera interesujący go materiał</p>		

<p>YY – używa swojego głosu lub instrumentu, ukazując wrażliwość ekspresyjnie</p> <p>ZZ – spontanicznie dokonuje kombinacji muzycznej ekspresji: głos łączy z ruchem lub ruch z grą</p> <p>BBB – pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę</p> <p>NNN – wykonuje krótkie, odruchowe dźwięki, pewne partie będące muzycznym echem improwizacji terapeuty</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową; 32 – wykorzystuje nogi adekwatnie do przeznaczenia; 34 – samodzielnie wykonuje działania ruchowe; 35 – kontroluje swoje ruchy podczas aktywności/sesji</p> <p>U – używa rąk, by zagrać na instrumencie przez krótki czas</p> <p>X – używa rąk do grania na tamburynie/bębnie</p> <p>AA – używa ręki do grania na gitarze</p> <p>JJ – porusza częściami ciała</p> <p>XX – porusza się do muzyki i gra na instrumencie w tym samym momencie</p> <p>JJJ – łączy muzyczne doświadczenie z rytmicznym zaangażowaniem/odreagowaniem</p>		
Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>8 (nawiązywała kontakt wzrokowy z terapeutą)</p> <p>U, DD, 35 (inicjowała kontakt poprzez instrument – bum rurkę – i ruch ciała na boki w rytm akompaniamentu granego przez terapeutę)</p> <p>FF, G, W (grała na rurkach, podskakiwała, śpiewała)</p> <p>U, P, S (angażowała się i naśladowała uderzenia w instrument z terapeutą; taka muzyczna wymiana pojawiła się trzykrotnie)</p> <p>4, 6 (podała rurki terapeutce w celu wspólnej improwizacji)</p> <p>BB, U (nadała kierunek improwizacji, a terapeuta akompaniował na bum rurkach, czasem zwiększając dynamikę)</p> <p>6, 13 (po skończonej grze, biła brawo)</p> <p>13, 38, 8, 16, P (zabawa <i>Do góry i na dół</i> – dziecko cały czas utrzymywało kontakt z terapeutą i śmiało się adekwatnie do sytuacji)</p>	<p>ŁŁ (dziecko uderzało naprzemiennie w bongosy, starała się zachowywać stały rytm; ona prowadziła terapeutę we wspólnej grze)</p> <p>ŁŁ, 18 (była asertywna; lubiła decydować, na czym będzie grać lub co będzie robić)</p> <p>S, T (uderzała o pudełko z dzwonkami i czekała na odpowiedź prowadzącego, po czym pojawił się muzyczny dialog)</p> <p>8, 13 (uśmiechała się i nawiązywała prawidłowy kontakt wzrokowy)</p> <p>4, 13 (uśmiechała się i dzieliła się z terapeutą pałeczkami)</p> <p>8, 13 (nawiązywała kontakt wzrokowy, uśmiechała się)</p> <p>M, 8 (zaczynała grać miarowo, w jednakowym pulsie, wykorzystując różne interwały; spoglądała na terapeutę, który jej towarzyszył)</p> <p>ŁŁ (wykazywała chęć opuszczenia sali, ale propozycja grania na pianinie spowodowała, że dziewczynka ponownie</p>

	<p>U (terapeuta naśladował dziewczynkę)</p> <p>20 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 2 komunikacyjne pożądane relacyjne zachowania muzyczne</p>	<p>się zaangażowała)</p> <p>R, 28 (terapeuta grał na pianinie, dziewczynka na gitarze, czasem wokalizowała razem z terapeutą)</p> <p>I, S (czasem tylko słuchała, a w trakcie pauz – odpowiadała)</p> <p>GG, T (zaczynała świadomie odpowiadać terapeutcie, który zatrzymywał dany materiał – tworząc muzyczne napięcie – czekał na muzyczną odpowiedź dziecka)</p> <p>U, BB (dziecko uderzało pałeczką o pudełko akustyczne, na co terapeuta śpiewał improwizowaną piosenkę)</p> <p>26 (pojawiły się proste słowa: „mała”)</p> <p>29 (słowa zniekształcone: „duua”)</p> <p>27 (grała na pianinie oraz naśladowała odgłos maskotki)</p> <p>33 (wskazywała na siebie, kiedy pojawiała się fraza „to Julia”)</p> <p>21 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 5 komunikacyjnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>4 – tworzy spontaniczne komunikaty; 6 – nawiązuje relację; 8 – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; 13 – wyraża zadowolenie; 16 – wyraża pozytywny stosunek do terapeuty; 18 – jest asertywna – odchodzi od muzycznych działań, będąc w kontakcie; 38 – wyraża emocje adekwatnie do sytuacji</p> <p>G – zaczyna poruszać się lub grać rytmicznie w odpowiedzi na muzykę</p> <p>I – przestaje się ruszać, gdy muzyka zatrzymuje się, lub zaczyna działać muzycznie w trakcie pauz</p> <p>M – zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty</p> <p>R – dodaje instrumenty/aktywności w celu zwiększenia naprężenia muzycznej z terapeutą</p> <p>S – ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń</p> <p>T – nie jest liderem; stosuje naprężenie muzyczne do podtrzymywania relacji</p> <p>U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę</p> <p>W – kreatywnie, personalnie komunikuje się w improwizacji</p> <p>BB – jest zmotywowana, aby spontanicznie improwizować oraz prowadzić terapeutę (muzyczna</p>		

<p>asertywność)</p> <p>DD – celowo porusza ciałem do tworzonej muzyki (odkrywa swobodę)</p> <p>FF – jest zmotywowana do tworzenia i podtrzymania tańca lub zabawy muzycznej</p> <p>GG – odpowiada naprzemiennie terapeutcie, który nadaje ekspresji dziecka muzyczną formę</p> <p>LL – sama decyduje o grze, jej jakości i sposobie</p> <p>KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:</p> <p>26 – używa odpowiednich prostych słów; 27 – gaworzy; 28 – wokalizuje; 29 – wypowiada zniekształcone słowa; 33 – wykorzystuje niewerbalne formy komunikacji; 35 – komunikuje się poprzez przedmiot lub osobę</p> <p>P – ukazuje zainteresowanie zagranie na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale)</p>		
<p>Niepożądane zachowania muzyczne</p>	<p>O (w trakcie muzycznej przerwy, kiedy dziewczynka przestała grać z terapeutą, nastąpiło muzyczne zawieszenie)</p> <p>14, M, O (nie zwracała uwagi na sposób gry terapeuty i kierowała się ku gitarze)</p> <p>I, D (przy werbalnych i fizycznych poleceniach <i>Na bębnie graj</i> dziewczynka nie reagowała i skupiała się na swojej czynności)</p> <p>O (dołączała się do improwizacji, lecz tylko na chwilę)</p> <p>H, Q, B, F (dekoncentrowała się i odchodziła od muzycznej interakcji)</p> <p>M, Q, 15, 4, E (nie zwracała uwagi na piosenkę z pokazywaniem wraz z muzycznymi, werbalnymi i fizycznymi wskazówkami terapeuty)</p> <p>Q, I (piosenka pożegnalna bez reakcji dziecka)</p> <p>16 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych,</p> <p>2 motoryczne niepożądane zachowania muzyczne</p>	<p>O (inicjowała zabawę z chowaniem dzwonków – zakrywała je, nie reagowała na propozycje terapeuty, bo rozpraszała się innymi rzeczami w sali)</p> <p>Q (dziecko nie reagowało na muzyczną zmianę)</p> <p>O (kołysanka dla poszczególnych zwierzątek – dziecko odchodziło, nie zwracało uwagi na spokojny i wyciszający charakter improwizacji)</p> <p>3 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne</p> <p>0 motorycznych niepożądanych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>4 – wykazuje obojętność i brak aktywności; 14 – szybko się rozprasza; 15 – nie jest zainteresowana uczestnictwem w sesji lub danym działaniu</p>		

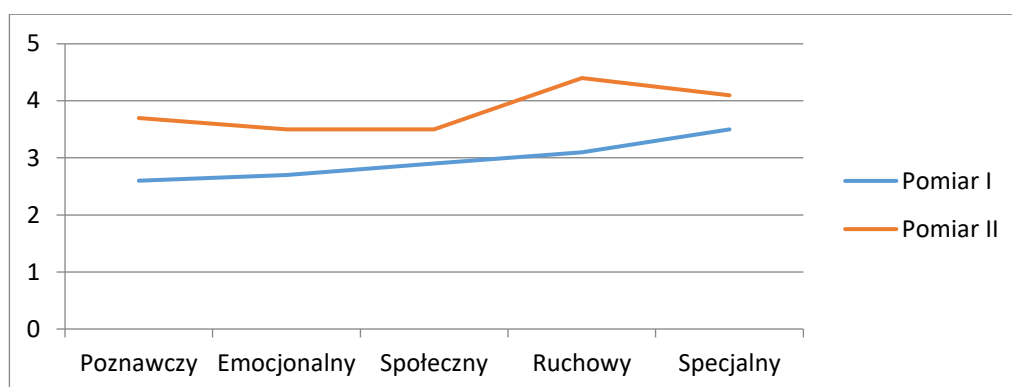
<p>B – jest całkowicie niepodatna na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>D – wydaje się niechętna do angażowania się w tworzenie</p> <p>E – powstrzymuje się od wspólnej aktywności</p> <p>F – nie śpiewa, nie używa instrumentów</p> <p>H – nie jest zainteresowana instrumentem</p> <p>M – nie wsluchuje się w odbywające się działania</p> <p>O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się</p> <p>Q – nie reaguje na zmiany muzyczne</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>I – interesują ją przedmioty niezwiązane z, działaniami muzycznymi</p>		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>K, 17 (brak reakcji na zainicjowaną piosenkę przez terapeutę)</p> <p>1 społeczno-emocjonalne niepożądane zachowanie relacyjne,</p> <p>1 komunikacyjne niepożądane zachowanie relacyjne</p>	<p>K (terapeuta zatrzymywał improwizację na dominancie, dziewczynka dopiero po pewnym czasie zaczynała grać, rozwiązując muzyczne napięcie)</p> <p>K (na polecenie „Jula zaśpiewaj piosenkę na koniec” – nie reagowała; otworzyła drzwi i wyszła z sali)</p> <p>2 społeczno-emocjonalne niepożądane zachowanie relacyjne,</p> <p>0 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>K – nie reaguje na wprowadzone przez terapeutę zmiany muzyczne</p> <p>KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:</p> <p>17 – nie reaguje na sygnały z otoczenia</p>		

Podsumowanie wyników

Dane z SOZ-D (tabela 15) wskazują, że różnica pojawiła się głównie w obszarze sfery ruchowej, społecznej i emocjonalnej. Dziecko podczas sesji znacznie poprawiło swoją ekspresję i zaangażowanie w muzyczną naprzemienną, zwłaszcza podczas improwizacji instrumentalnej i odtwarzania piosenek – przeważających doświadczeń muzykoterapeutycznych. Dziewczynka stopniowo zaczęła akceptować wprowadzane zasady i podążała za nimi z dużą radością. Poprzez improwizację na pianinie i na bębnie motywowała się do podtrzymywania i wydłużania kontaktu wzrokowego, który na początku

terapii stanowił trudność. Pod koniec procesu dziewczynka dużo wokalizowała i gaworzyła, dostosowując się do muzycznego materiału podawanego przez terapeutę. Podczas zabaw muzyczno-ruchowych dziewczynka znacznie częściej obserwowwała, a w późniejszym etapie naśladowała działania terapeuty. Przedstawiony w tabeli 15 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 15. Przypadek Julii – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 2, natomiast na ostatniej sesji wzrosła aż do 11 zachowań o wymiarze komunikacyjnym. W sferze społecznej w pierwszym pomiarze dane ukazały 16 aktywności, w drugim natomiast 25. Zarówno w sferze społecznej, jak i w komunikacyjnej liczba pożądaných aktywności wzrosła, przy czym największą różnicę liczbową dostrzegamy w sferze komunikacyjnej – zarówno w percepcji, jak i w ekspresji. Jeśli chodzi o zachowania oparte (w tym przypadku) na odrzuceniu, liczba ta zmalała. W pierwszym pomiarze pojawiły się 4 zachowania niepożądane, natomiast w postępie liczba ta zmalała do 1 zachowania.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze otrzymało następującą punktację: za zachowania oparte na aktywnym uczestnictwie i pracy nad relacją – 8 pkt; w przypadku zachowań opartych na odrzuceniu, braku reakcji na muzyczne aktywności oraz związanych z działaniami wymijającymi i obronnymi – 4 pkt, czyli o połowę mniej niż w przypadku pozytywnych reakcji na muzyczną relację. Zupełnie inaczej sytuacja rysuje się w drugim pomiarze – w przypadku zachowań opartych na uczestnictwie i zaangażowaniu zaobserwowano 9 aktywności relacyjnych, natomiast pojawiło się znacznie mniej działań zakłócających czy odrzucających relację (1 pkt), co wskazuje na spadek zachowań niepożądanych podczas ostatniej sesji. W drugim pomiarze uwzględniono

działania oparte na ograniczonej aktywności dziecka (4 pkt), np. brak reakcji na muzyczny komponent lub krótki czas koncentracji dziewczynki na działaniach, które jej nie interesowały lub nudziły.

W skali II: *Muzyczna komunikatywność* w pierwszym pomiarze pojawiło się więcej działań opartych na muzycznej komunikatywności względem terapeuty (13 pkt) niż działań niepożądanych wskazujących na brak reakcji ze strony dziecka względem terapeuty (8 pkt). W drugim pomiarze rozkład ten przedstawia się skrajnie odmiennie. Więcej jest zachowań ukazujących możliwości budowania i inicjowania muzycznego kontaktu (aż 24 pkt) niż działań o charakterze niekomunikacyjnym (4 pkt).

W ramach uwzględnionych kategorii badawczych można dostrzec różnice w niektórych obszarach rozwojowych. Sfera poznawcza dziecka nieznacznie się poprawiła przy jednoczesnym spadku aktywności związanych ze sferą motoryczną. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej ukazano 21 zachowań, w drugim 24, natomiast w sferze motorycznej w pierwszym pomiarze odnotowano 7 zachowań, a podczas drugiej obserwacji 6. Liczba zachowań sfery społeczno-emocjonalnej w pierwszym pomiarze wyniosła 20, w drugim pomiarze wzrosła do 21. Zmiany można dostrzec również w sferze komunikacyjnej – podczas pierwszej obserwacji liczba zachowań komunikacyjnych wyniosła 2, a podczas drugiej obserwacji wzrosła do 5. W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 16 obecności (I pomiar) i 3 (II pomiar), natomiast w sferze motorycznej w pierwszym pomiarze – 2, a w drugim takie zachowanie nie wystąpiło. W pomiarze niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych poziom obecności w sferze społeczno-emocjonalnej wyniósł w pierwszym pomiarze 1, a w drugim 2. W sferze komunikacyjnej natomiast podczas pierwszej obserwacji odnotowano 1 zachowanie, a podczas drugiej obserwacji żadnego.

Tabela 16. Przypadek Julii – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	+
		gaworzenie	–	+
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	+ („duua”)
		słowa	–	+ („mała”)
		łączenie słów/zdania	–	–

		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	++	+
		identyfikacja	–	++++ (niewerbalnie: Jula; werbalnie: „duua”; „mała”; odgłosy krowy)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	–
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	–	++
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	–
		odpowiedzi na pytania otwarte	–	–
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	–	+ (pożegnanie – niewerbalnie)
		odbiór/odpowiedź na komunikat	++	++++
		spontaniczne komentarze	–	–
		inicjowanie rozmowy	–	–
		brak kontaktu wzrokowego	–	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	–	–
		właściwy kontakt wzrokowy	+	++
		reakcja na imię	–	+
		obserwowanie innych	++	+++
		naśladowanie innych	++	+
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	+	–
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	+	++
		społeczny uśmiech	–	+++
		śmianie się	+	–
		właściwa interakcja	+++	++++
		naprzemiennosc stron	++	+++
		inicjowanie zmian	+	+
	zachowanie	stymulacja słuchowe	–	–

		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–
		poruszanie przedmiotami	–	–
		stymulacje węchowe	–	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	–	–
	inne zachowania	agresja	–	–
		działania destrukcyjne	–	–
		działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	–	–
		odrzućcie	++++	+
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	2	0
		niepewna akceptacja (2a)	0	0
		duża sprzeczność-odrzućcie (2b)	0	1
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	1	4
		aktywny rozwój interakcji (4)	3	2
		praca nad relacją (5a)	1	2
		muzyczna asertywność (5b)	0	2
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	3	1
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	1	2
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzućcie (1b)	0	0
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzućciu (2)	1	0
		działania wymijające i obronne (3)	1	0

		przekora i/lub manipulacja (4)	1	0
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	0	0
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	6	1
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	2	3
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	1	3
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	0	1
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	0	3
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	3
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	0	2
		wzrastające zaangażowanie (5c)	3	4
		uczestnictwo w interakcji (6a)	2	4
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	1	2
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	1	1
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	4	1
		entuzjazm z muzycznej ekspresji (7b)	1	0

Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	21	24
		MOTORYCZNA	7	6
	pożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	20	21
		KOMUNIKACYJNA	2	5
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	16	3
		MOTORYCZNA	2	0
	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	1	2
		KOMUNIKACYJNA	1	0

Podsumowując powyższe wyniki, zauważa się pozytywne zmiany w rozwoju dziewczynki w sferze poznawczej czy społeczno-emocjonalnej, co było widoczne w jej zachowaniach. W obszarze zachowań niepożądanych również dostrzegamy poprawę w postaci spadku ich liczby. Podczas ostatniej sesji Julia wykazywała bardzo dużo pozytywnych aktywności – lubiła, gdy mogła podążać za terapeutą, ale też kierować nim; inicjowała muzyczne zabawy, czekała na odpowiedzi muzyczne terapeuty. Podczas improwizowanej piosenki z bębniem, opierającej się na naprzemienności grania terapeuty i dziecka, Julia z dużą ekspresją zareagowała na podawany instrument – czasem uderzała w niego ręką, a czasem nogą. Odpowiednio zmotywowana, pokazywała poszczególne części ciała, uśmiechając się. Wskazywała również na siebie, co pokazuje, że była świadoma siebie i jak się nazywa. Uśmiechała się i dzieliła się z terapeutą pałeczkami, podążając za słowami terapeuty w piosence (słuchając, obserwując, nawiązując kontakt wzrokowy i uśmiechając się). Kolejne improwizowane doświadczenie – improwizowana piosenka o maskotkach – sprawiło, że Julia zaangażowała się we wspólne działanie z terapeutą – zaczęła uderzać w klawisze pianina, trzymając maskotkę (wzrastająca naprzemiennosc i muzyczne dialogowanie). Dzięki wspólnemu muzycznemu doświadczeniu zarówno dziecko, jak i prowadzący wspólnie eksplorowali swoją grę. Ważnym momentem – pod względem społecznym, komunikacyjnym i muzycznym – było zatrzymanie przez terapeutę improwizacji na dominancie, co miało na celu sprawdzenie, jaka będzie reakcja dziecka na zatrzymanie gry. Za pierwszym razem dziewczynka nie zareagowała na muzyczne pauzy, ale po zastosowaniu fizycznej podpowiedzi ze strony terapeuty w trakcie kolejnego zatrzymania

uderzyła w klawisze, rozwiązując muzyczne napięcie (z biegiem sesji dziecko zaczęło odpowiadać coraz bardziej świadomie). Improwizacja – zarówno wokalna, jak i instrumentalna – stała się przestrzenią, w ramach której Julia mogła nawiązywać relację z terapeutą i komunikować się z nim. Była wystarczająco zmotywowana, by przetwarzać muzyczne bodźce i rozwijać swoją sferę komunikacyjną, społeczną czy poznawczą. Dziewczynka wykazywała małe zainteresowanie gotowymi, odtwarzanymi wcześniej piosenkami, tak więc w jej przypadku doświadczenie odtwarzania nie przyczyniło się do rozwoju sfery poznawczej czy motorycznej. Gdy tylko pojawiała się improwizowana piosenka wykorzystująca materiał zaproponowany przez dziecko (np. pałeczki, maskotki, bęben czy pianino), dziewczynka bardzo się koncentrowała i angażowała w działania. Mając wiele swobody i dowolności w aktywnościach, Julia mogła sama decydować, co będzie robić, a co odrzuci (wówczas odchodziła od instrumentu lub kierowała się do wyjścia). Improwizacja i aktywne słuchanie były aktywnościami muzycznymi, dzięki którym Julia rozwijała się całościowo – pod względem społeczno-emocjonalnym, komunikacyjnym, poznawczym, motorycznym i muzycznym.

4.1.3 Przypadek Oskara

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Oskar (4 lata) – jak podano w wywiadzie rodzinnym – jest obciążony okołoporodowo, a w drugim roku życia zdiagnozowano u niego autyzm dziecięcy. Rozwój poznawczy chłopca jest opóźniony i nieharmonijny. Obecnie chłopiec komunikuje się werbalnie. Rozumie proste polecenia związane z konkretną sytuacją, ale ma trudności z rozumieniem poleceń złożonych. Biorąc pod uwagę wiek dziecka, jego myślenie jest na etapie sensomotorycznym. Podczas aktywności własnej dominuje u niego prosta zabawa manipulacyjna. Jeśli chodzi o kontakty społeczne, dziecko chętniej nawiązuje kontakty z osobami dorosłymi, ale podczas funkcjonowania w grupie rówieśniczej wymaga wsparcia i ukierunkowania na dane aktywności. Zauważa dzieci, czasem próbuje nawiązywać z nimi kontakt, ale jest to krótkotrwałe. Natomiast chętnie zabawia bardzo małe dzieci. W grupie rówieśniczej często wybiera samotne zajęcia. Kontakt wzrokowy bywa utrudniony. W opinii mamy chłopca jego najsłabiej rozwiniętymi sferami są sfera społeczna i manualna.

U Oskara dostrzega się również zaburzenia integracji sensorycznej (niedowrażliwość czucia głębokiego, dotykową i słuchową na niektóre głośne dźwięki). Chłopiec jest labilny emocjonalnie, czasem pod wpływem wielu bodźców pojawia się u niego pobudzenie

psychoruchowe. W kwestionariuszu uzupełniającym ADSA mama chłopca podała, że u Oskara występują zachowania niepożądane w postaci płaczu – pojawia się on w momentach, gdy coś jest nie po jego myśli („płacz w celach manipulacyjnych”) – stawiania oporu oraz wpadania w bierność.

Jeśli chodzi o sferę poznawczą, chłopiec wykazuje się dużymi zdolnościami matematyczno-logicznymi. Układa klocki lego przeznaczone dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat, ma bardzo dobrą pamięć. W trakcie zajęć miewa trudności z koncentracją. Lubi się bawić samolotami, klockami lego. Nie lubi rysować i źle reaguje na sytuację, gdy coś nie przebiega po jego myśli. Angażuje się w wiele aktywności: bieganie, skakanie, pływanie, tańczenie.

Oskar uczęszcza do przedszkola integracyjnego. W ramach wczesnego wspomagania uczestniczy w takich zajęciach, jak: logopedia, hipoterapia, terapia SI, terapia psychologiczna i pedagogiczna oraz rehabilitacja ruchowa. W kwestionariuszu uzupełniającym *Autism Developmental Skillset Assessment* (ADSA) mama chłopca podkreślała, że dziecko chętnie słucha muzyki (w przedszkolu: muzyki przeznaczonej dla dzieci, w domu: muzyki klasycznej, jazzu, rapu, R&B, reggae, soul). Często nuci lub śpiewa. Często prosi o śpiewanie piosenek, łatwo zapamiętuje melodie, a potem je rozpoznaje. Jak podała mama dziecka, *jego pierwsze słowa były śpiewane*. W odpowiedzi na pytanie, czego oczekuje od interwencji muzykoterapeutycznej, zaznaczyła ogólne możliwości rozwojowe, zwłaszcza w sferze poznawczej i komunikacyjnej, oraz możliwości rozwoju muzycznego. Ponadto podkreśliła znaczenie tych zajęć, które sprawiają Oskarowi przyjemność i dają możliwość ekspresji.

Pierwsza rejestrowana sesja

Oskar w skupieniu wykonywał polecenia wynikające z piosenki (skakanie, pocieranie nosami) [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; powitanie z jedną werbalną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 4a/ruch]. Przy kolejnej zwrotce podczas śpiewania piosenki chłopiec stawał się powoli zamyślony i nieobecny [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 O; NR II: 4b/ruch]. Reakcja chłopca (kontakt wzrokowy i słuchanie) nastąpiła wtedy, gdy terapeuta zaczął śpiewać *a cappella* [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy z jedną werbalną wskazówką; obserwowanie innych; NR I: 2a U; NR II: 4a/ruch]. Na bębnie chłopiec grał swobodnie. Pałeczkę stosował zgodnie z jej przeznaczeniem [NR I: 5c U; NR II: 4a/instr.]. Gdy pałeczka spadła, zaczął mechanicznie, nie intencjonalnie przepraszać [ADSA: słowo „przepraszam”; identyfikacja].

Uwaga chłopca była rozproszona, jego muzyczna gra na bębnie miała charakter nieuporządkowany – impulsywno-powikłany (gra nie miała związku z improwizacją

i pulsem; można było zauważyć przypadkowe motywy rytmiczne, grane bez wewnętrznego przekonania, które nawiązywały do rytmu improwizacji) [NR I: 3 U; NR II: 2/instr.]. Czasem terapeuta ruchem zachęcał chłopca, aby powrócił do gry. Wtedy podchodził od instrumentu [ADSA: odbiór komunikatu z wieloma werbalnymi wskazówkami; NR II: 4b/ruch]. Około siódmej minuty chłopiec ponownie chciał się przywitać, mówiąc: „Teraz się witamy” [ADSA: łączenie słów; spontaniczne komentarze]. Chłopiec z biegiem sesji stawał się nieobecny, wykazywał brak aktywności muzycznej [NR I: 1 U; NR II: 1/wokal/instr.]. Czasem podskakiwał, a czasem obserwował to, co znajdowało się w sali [ADSA: odrzucenie; NR I: 2 O; NR II: 2/ruch]. Około ósmej minuty terapeuta w śpiewie zachęcił chłopca do ponownej aktywności na bębnie. Zmiana dynamiki i charakteru improwizacji na bardziej marszowy oraz dołączenie się terapeuty do gry na bębnie sprawiły, że tym razem chłopiec zaczął podtrzymywać nawiązującą się interakcję [ADSA: właściwa interakcja z jedną werbalną wskazówką i jedną fizyczną; NR I: 3 U; NR II: 4a/instr.]. Chłopiec dawał terapeutce czas na rytmiczną odpowiedź [NR I: 3 U; NR II: 5c/instr.]. Około dziewiątej minuty zainicjował wokalne wypowiedzi, które terapeuta wykorzystał do budowania dalszej relacji [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; właściwa interakcja; NR I: 4 U; NR II: 5b/wokal]. Reakcja dziecka na krótkie wokalizacje terapeuty nastąpiła natychmiastowo – chłopiec bawił się nimi, zwiększając ambitus wokalizacji (wokalizacje te nawiązywały do muzycznego materiału zastosowanego przez terapeuta) [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; właściwa interakcja; wokalizacje; NR I: 4 U; NR II: 6a/wokal]. Chłopiec odszedł od instrumentów i od budowania muzycznej relacji, bawiąc się dużą piłką [ADSA: odrzucenie; NR I: 1b O; NR II: 4b/ruch]. Około dziesiątej minuty powrócił do gry, ale była ona formą krótkiej odpowiedzi na aktywność, którą wcześniej kierował do niego terapeuta (grając podobny schemat rytmiczny oraz zachowując dynamikę forte) [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z werbalną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. W pewnym momencie Oskar zawołał: „Stop”, wtedy terapeuta powtórzył za chłopcem i wyciszył swoją grę, czekając na jego muzyczną reakcję [ADSA: słowo „stop”; identyfikacja]. Chłopiec ponownie zaczął grać, ale tylko na chwilę [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi], po czym stracił zainteresowanie. Czasem podskakiwał po sali, znowu ją obserwując [NR I: 1b O; NR II: 4b/instr.].

Około dwunastej minuty terapeuta posłużył się dzwonkami sztabkowymi, ułożonymi w pentatonikę. Chłopiec był skupiony, utrzymywał wspólne pole uwagi [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi]. Chciał grać na wszystkich dzwonkach, był nimi zainteresowany – przyglądał się im, dotykał, sprawdzał ich brzmienie, przekładał,

manipulował [NR II: 5c/instr.]. Początek wspólnego grania na nowym instrumencie był raczej chaotyczny i niestabilny [NR I: 3 U; NR II: 5a/instr.]. Do gry na dzwonkach chłopiec dodał bęben. Czasem pojawiały się pewne schematy rytmiczne: pięć uderzeń na dzwonkach, a jedno na bębnie. Terapeuta starał się akompaniować chłopcu, dawać mu przestrzeń na swobodne „badanie” instrumentu – pojawiały się pauzy zestawione z intensywną wypowiedzią muzyczną chłopca [NR I: 3 U; NR II: 5b/instr.]. Takie muzyczne eksplorowanie trwało do siedemnastej minuty, później terapeuta zainicjował piosenkę o bębnie. Dziecko przez chwilę uderzało na bębnie piosenkę *Ram tam tam*, potem kręciło się wokół niego [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 3 U; NR II: 4b/ruch]. Gdy terapeuta zaśpiewał: „Stop”, chłopiec zatrzymał się (podążył za poleceniami terapeuty dwukrotnie [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; identyfikacja „stop”]; raz zatrzymał się bez werbalnej wskazówki terapeuty) [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; podążanie za wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 4a/ruch]. Około osiemnastej minuty terapeuta zainicjował popularną zabawę *Kółko graniaste*. Chłopiec żywo się nią zainteresował [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną werbalną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 5c/ruch]. Powtórzył pojawiające się tam słowo „bęć”, a za drugim razem sam je zaśpiewał [ADSA: słowo „bęć”; identyfikacja; NR II: 5c/wokal]. Podczas słuchania piosenki skupiał się i z zaangażowaniem wsłuchiwał się w tekst [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną fizyczną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 4a/ruch]. Po pierwszym wykonaniu piosenki ponownie przechadzał się po sali, a terapeuta parokrotnie zachęcał go do powtórzenia działania [ADSA: odpowiedź na komunikat z wieloma wskazówkami werbalnymi; NR II: 4b/ruch]. Po pewnym czasie chłopiec przyszedł do terapeuty [NR I: 3 O]. Gdy terapeuta zakomunikował chłopcu, że sesja dobiegła końca, Oskar nie protestował – wstał z podłogi i skierował się do wyjścia [ADSA: odpowiedź na komunikat z werbalną wskazówką; identyfikacja „koniec”; reakcja na pożegnanie z jedną werbalną wskazówką].

Ostatnia rejestrowana sesja

Chłopiec nie odpowiadał na pytania terapeuty – w zamyśleniu słuchał go i obserwował jego działania [ADSA: obserwowanie innych]. Podczas piosenki powitalnej chłopiec aktywizował się dopiero wtedy, gdy terapeuta również włączył się w aktywne działania – pokazywanie odpowiednich części ciała w zabawie: rąk, nóg i nosa) [ADSA: reakcja na powitanie z wizualną wskazówką; podążanie za wskazówkami z wizualną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 3/ruch]. Chcąc wprowadzić chłopca w strukturę sesji, terapeuta pokazywał dziecku poszczególne aktywności/instrumenty przedstawione na obrazkach. Oskar był

zainteresowany [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi]. W skupieniu przyglądał się obrazkom, nawet odpowiadał terapeutce, co na nich dostrzegał (np. bęben) [ADSA: słowo „bęben”; identyfikacja werbalnie; spontaniczny komentarz; NR II: 5c/ruch].

Z biegiem sesji dziecko zaczęło grać na gitarze – początkowo pojedyncze struny, później całe współbrzmienia. Oskar badał właściwości gitary – grał ciszej, głośniej, później bardzo ekspresyjnie tłumił struny, powodując zatrzymanie materiału dźwiękowego. Terapeuta towarzyszył chłopcu, akompaniując mu wokalnie tylko wtedy, gdy Oskar improwizował swobodnie na instrumencie [NR I: 3 U; NR II: 4a/instr.]. Dziecko w pewnym momencie zainicjowało frazę: „Tutaj jest muzyka” [ADSA: łączenie słów; identyfikacja; spontaniczne komentarze], którą terapeuta zaczął rozwijać wokalnie, tworząc bardzo krótką improwizowaną piosnkę. Chłopiec natomiast tylko się wsłuchiwał i obserwował, ale nie angażował się w dodawanie do piosenki kolejnych fraz słownych [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 3 U; NR II: 4b/wokal].

Około szóstej minuty sesji dziecko wyraziło chęć śpiewania o zwierzątkach – czyli znanej mu piosenki *Kaczor Donald farmę miał* [ADSA: wskazanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie; NR I: 5c U; NR II: 5c/wokal]. Obrazki do piosenki były ułożone w pewnej kolejności. Na odpowiedni znak chłopiec miał za zadanie odzwierciedlać odgłosy zwierząt, które rozpoznawał bezbłędnie [ADSA: identyfikacja zwierząt; odpowiadanie na wspólne pole uwagi z wizualną wskazówką; gaworzenie z jedną wizualną wskazówką]. Podczas piosenki nie śpiewał, tylko raczej rytmizował [ADSA: łączenie słów; NR I: 4 U; NR II: 5b/wokal]. W pewnym momencie prowadzący zaczął pytać chłopca o poszczególne części ciała i prosił, aby je wskazał. Oskar na wszystkie pytania odpowiadał poprawnie [ADSA: identyfikacja części ciała; odbiór komunikatu z jedną werbalną wskazówką] – miał trudności z pokazywaniem części ciała terapeuty i pokazywał swoje. W dziesiątej minucie sesji, pomimo niechęci do śpiewania, chłopiec zaczął wydawać różne dźwięki. Przytrzymując sobie buzię (tłumiąc głos), zaczął śpiewać [ADSA: wokalizacje; gaworzenie; inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR II: 5c/wokal]. Terapeuta zaczął od razu naśladować chłopca. Taka muzyczna wymiana trwała około 2 minut [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal].

W trzynastej minucie pojawiła się zabawa w zamianę dźwięków. To zabawa oparta na improwizacji na kolorowych dzwonkach, angażująca dziecko pod względem ruchowym oraz poznawczym. Prowadzący zaproponował tę zabawę dlatego, że chłopiec wyraził chęć biegania i ruchowej aktywności. Terapeuta lub chłopiec mówili: „Zamiana”, a wtedy obaj musieli zmienić dany dźwięk/instrument [ADSA: odpowiadania na wspólne pole uwagi]

z jedną wskazówką werbalną; słowo „zamiana”; identyfikacja danego słowa]. Podczas wypowiadania danej komendy ujawniło się partnerstwo pomiędzy dzieckiem a terapeutą – raz chłopiec wypowiadał komendę, raz terapeuta [ADSA: właściwa interakcja; odbiór komunikatu; NR I: 5a U; NR II: 4a/ruch/instr.]. Dzięki tej zabawie u dziecka kształtowała się koncentracja uwagi, odpowiednia reakcja na sygnał oraz współdziałanie w grupie (w tym przypadku z terapeutą). Pojawiała się też satysfakcja ze wspólnej muzycznej zabawy [ADSA: właściwa interakcja; społeczny uśmiech; NR II: 5c/ruch/instr.]. Po kilku powtórzeniach chłopiec zdradzał znużenie, stąd nastąpiła zmiana instrumentów i ich położenia [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 O; NR II: 4b/instr.]. Oskar nie tylko dodał nowe instrumenty perkusyjne, ale również stworzył inną konfigurację instrumentów oraz kształtów, co było niezwykle kreatywne [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi]. Ta zabawa trwała około 5 minut. Dziecko było w nią zaangażowane pod względem muzycznym i twórczym [NR I: 4 U; NR II: 5b/instr./ruch]. Potem nastąpiła przerwa.

Improwizacja z zabawą przeniosła się na gitarę. Terapeuta trzymał instrument i podawał poszczególne komendy („przód”, „tył”, „góra”, „dół”), a chłopiec podążał za nimi, improwizując na gitarze [ADSA: identyfikacja komend – „przód”, „tył”, „góra”, „dół” z werbalną wskazówką; podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; NR II: 4a/instr.]. Około dwudziestej drugiej minuty terapeuta zainicjował zabawę ruchową, ale chłopiec zainteresował się trójkątem i zaczął eksplorować jego właściwości [ADSA: wskazanie chęci/potrzeby/wyboru niewerbalnie; NR I: 3 U; NR II: 5c/instr.]. Około dwudziestej czwartej minuty pojawiła się naprzemienna improwizacja oparta na wokalizacjach [ADSA: właściwa interakcja; wokalizacje; NR I: 4 U; NR II: 6a/wokal]. Chłopiec inicjował różne dźwięki, które naśladował prowadzący. Terapeuta dodawał swoje propozycje dźwięków, które z kolei chłopiec czasem kopiował i powtarzał [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5a U; NR II: 6c/wokal].

Pod koniec sesji terapeuta zaproponował chwilę odpoczynku i w ramach relaksacji zaczął improwizować spokojną i miarową piosenkę. Oskar początkowo położył się na materacu i słuchał [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 3 U; NR II: 4a/ruch], później jednak włączył się w grę na trójkącie, stosując różne schematy rytmiczne, raczej nieregularne, ale różniące się długością trwania [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną wizualną wskazówką; właściwa interakcja; NR I: 3 U; NR II: 4a/instr.]. W trakcie przedłużającej się relaksacji chłopiec czytelnie zasygnalizował, że chciałby już zakończyć zajęcia [ADSA: wskazanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie]. Na koniec pojawiła się piosenka pożegnalna. Chłopiec długo nie śpiewał tej piosenki, tymczasem na ostatnich

zajęciach większą część piosenki zaśpiewał sam, z małą pomocą terapeuty [ADSA: łączenie słów piosenki z jedną werbalną wskazówką; reakcja na pożegnanie werbalnie z jedną werbalną wskazówką; identyfikacja słów piosenki; NR I: 3 U; NR II: 6b/wokal].

Tabela 17. Przypadek Oskara – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (22 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>II, QQ, 14, 1 (w skupieniu wykonywał polecenia wynikające z piosenki (skakanie, pocieranie nosami)</p> <p>NN (reakcja chłopca (kontakt wzrokowy i słuchanie) nastąpiła wtedy, gry terapeuta zaczął śpiewać <i>a cappella</i>)</p> <p>DD (przy bębnie, chłopiec grał swobodnie; pałeczkę stosował zgodnie z jej przeznaczeniem)</p> <p>B, H, Q, N (reakcja dziecka, na krótkie wokalizacje terapeuty, nastąpiła natychmiastowo – chłopiec bawił się swoim głosem, bawił się wokalizacjami, zwiększając ich ambitus; momentami wokalizacje nawiązywały do muzycznego materiału zastosowanego przez terapeuta)</p> <p>1, 13 (terapeuta posłużył się dzwonekami sztabkowymi, ułożonymi w pentatonikę; chłopiec był skupiony, utrzymywał wspólne pole uwagi)</p> <p>BB, DD, HH, QQQ (chciał grać na wszystkich dzwonekach, stąd był nimi zainteresowany – przyglądał się im, dotykał, sprawdzał ich brzmienie, przekładał, manipulował; zaczął na nich grać dopiero po pewnym czasie)</p> <p>EE, FF (do gry na dzwonekach, chłopiec dodał bęben; czasem pojawiały się pewne schematy rytmiczne: pięć uderzeń na dzwonekach, a jedno na bębnie)</p> <p>NN, D (pojawiały się pauzy zestawione z intensywną wypowiedzią muzyczną</p>	<p>C, 10, 14 (podczas piosenki powitalnej chłopiec aktywizował się dopiero wtedy, gdy terapeuta również włączył się w aktywne działania – pokazywanie odpowiednich części ciała w zabawie: ręce, nogi i nosy)</p> <p>1, 5, 10 (terapeuta, chcąc wprowadzić chłopca w strukturę sesji, pokazywał mu poszczególne aktywności/instrumenty przedstawione na obrazkach; Oskar był zainteresowany w skupieniu przyglądał się obrazkom, nawet odpowiadał terapeutce, co na nich dostrzegał)</p> <p>EE, AA, BB, 5 (zaczął grać na gitarze – początkowo pojedyncze struny, później całe współbrzmienia gitary; badał jej właściwości – grał ciszej, głośniejsze, później bardzo ekspresyjnie tłumił struny, powodując zatrzymanie materiału dźwiękowego)</p> <p>GGG, HHH, III (zainicjował frazę – „Tutaj jest muzyka”, którą terapeuta zaczął rozwijać wokalnie, tworząc bardzo krótką improwizowaną piosenkę)</p> <p>NN (tylko się wsłuchiwał i obserwował, ale nie angażował się aktywnie w dodawanie kolejnych fraz słownych do piosenki)</p> <p>14, 18 (gdy, prowadzący zaczął pytać chłopca o poszczególne części ciała i prosił o ich wskazanie, Oskar na wszystkie pytania odpowiadał poprawnie –</p>

	<p>chłopca)</p> <p>QQ, XX, JJ (wybijał na bębenku przez chwilę piosenkę <i>Ram tam tam</i>, potem kręcił się wokół instrumentu)</p> <p>1, NN (podczas słuchania piosenki, skupiał się i z zaangażowaniem wsłuchiwał się w tekst)</p> <p>J, D, C (powtórzył pojawiające się w piosence słowo „bęc”, a, za drugim sam je zaśpiewał)</p>	<p>pokazywał swoje części ciała, ale miał trudności z pokazywaniem części ciała terapeuty)</p> <p>5, HHH, III (pomimo niechęci do śpiewania, chłopiec zaczął wydawać różne dźwięki, śpiewał, przytrzymując sobie buzię, (tłumiąc głos); terapeuta od razu zaczął naśladować chłopca; taka wymiana muzycznych dźwięków trwała około 2 minut)</p> <p>MMM, JJJ, 30 (ze względu na to, że chłopiec wyraził chęć biegania i ruchowej aktywności, prowadzący zaproponował zabawę w zamianę dźwięków–, terapeuta lub chłopiec mówią „zamiana” i wtedy, obaj muszą zmienić dany dźwięk/instrument)</p> <p>1, 11, 5 (dzięki tej zabawie, kształtowała się koncentracja uwagi, odpowiednia reakcja na sygnał oraz współdziałanie w grupie – tutaj z terapeutą)</p> <p>CCC, BBB (chłopiec nie tylko dodał nowe instrumenty perkusyjne, ale również stworzył inną konfigurację instrumentów oraz kształtów, co było niezwykle kreatywne; zabawa trwała około 5 minut; dziecko było zaangażowane pod względem muzycznym i twórczym)</p> <p>1, 25, 26 (improwizacja z zabawą przeniosła się na gitarę; terapeuta trzymał instrument i podawał komendy: „przód”, „tył”, „góra”, „dół”; chłopiec, słysząc poszczególne komendy, podążał za nimi i improwizował na gitarze)</p> <p>BB (terapeuta inicjuje zabawę ruchową, ale chłopiec zainteresował się trójkątem i zaczął eksplorować jego właściwości)</p> <p>D, F, H (chłopiec zainicjował różne dźwięki, które prowadzący naśladował, po czym dodawał swoje propozycje</p>
--	--	---

		<p>dźwięków, które z kolei chłopiec zaczął kopiować i powtarzać)</p> <p>NN, HH (początkowo położył się na materacu i słuchał; później jednak włączył się w grę na trójkącie, stosując różne schematy rytmiczne, raczej nieregularne, ale różniące się od siebie pod względem długości trwania)</p> <p>D, F, J, M, P (chłopiec długo nie śpiewał tej piosenki; na ostatnich zajęciach, większą część piosenki zaśpiewał sam, z małą pomocą terapeuty)</p>
	<p>21 poznawczych pożądaných zachowań muzycznych</p> <p>7 motorycznych pożądaných zachowań muzycznych</p>	<p>35 poznawczych pożądaných zachowań muzycznych</p> <p>7 motorycznych pożądaných zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>1 – koncentruje się; 5 – eksploruje i/lub rozumie; 10 – przetwarza zmysłowo: obserwuje/słucha/dotyka; 14 – wskazuje części ciała; 13 – różnicuje i analizuje; 18 – rozpoznaje zwierzęta (nazwy/odgłosy)</p> <p>B – wokalizuje</p> <p>C – powtarza muzyczne działania terapeuty</p> <p>D – śpiewając lub grając, zachowuje melodyczną strukturę samodzielnie lub pod wpływem terapeuty</p> <p>F – śpiewa interwały o mały zasięgu</p> <p>H – stosuje konsonanse podczas wokalizacji/śpiewania lub tworzenia</p> <p>J – używa prostych słów, kiedy wokalizuje znaną piosenkę</p> <p>M – śpiewa frazy oparte na dwóch/trzech słowach, stosując odpowiednie interwały melodyczne</p> <p>N – naśladuje rosnące interwały</p> <p>P – śpiewa/nuci/gra piosenkę, stosując odpowiedni rytm lub tonację</p> <p>Q – śpiewa frazy oparte na czterech lub pięciu nutach</p> <p>BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie</p> <p>EE – stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumencie</p> <p>FF – naśladuje proste schematy rytmiczne lub melodyczne</p> <p>HH – gra proste sekwencje na dzwonkach lub innych instrumentach</p> <p>NN – słucha i odbiera interesujący go materiał</p> <p>BBB – pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę</p> <p>CCC – pomysłowość dziecka i ekspresja ukazywane są poprzez melodyczne, harmoniczne, rytmiczne zmiany i/lub dobór instrumentów</p>		

<p>GGG – w śpiewaniu/graniu na instrumentach ukazuje muzyczną niezależność w dźwiękach czy prowadzeniu fraz</p> <p>HHH – odkrywa wokálną/instrumentálną wolność oraz pewność</p> <p>III – odsłania nieodłączną chęć śpiewania/grania według własnego uznania, wykorzystując swoje umiejętności</p> <p>QQQ – zainteresowany instrumentem: jego brzmieniem, wyglądem; spogląda na niego, ale jeszcze nie gra</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową; 25 – rozumie i stosuje pojęcia: „do przodu”, „do tyłu”, „przed siebie”, „za siebie”; 26 – rozumie i stosuje pojęcia: „lewo”, „prawo”, „na górze”, „na dole”, „z boku”; 30 – wykazuje dużą aktywność fizyczną</p> <p>AA – używa ręki do grania na gitarze</p> <p>DD – chwytá pálkę i używa jej do grania</p> <p>II – rytmicznie powtarza ruchy ciała w piosence lub innym materiale muzycznym</p> <p>JJ – porusza częściami ciała</p> <p>QQ – porusza częściami ciała w stałym rytmie i/lub pulsie</p> <p>XX – porusza się do muzyki i gra na instrumencie w tym samym momencie</p> <p>MMM – gra na instrumencie i śpiewa w tym samym momencie</p> <p>JJJ – łączy muzyczne doświadczenie z rytmicznym zaangażowaniem/odreagowaniem</p>		
Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>A (reakcja chłopca – kontakt wzrokowy i słuchanie – nastąpiła wtedy, gdy terapeuta zaczął śpiewać <i>a cappella</i>)</p> <p>O, P (przy bębnie, chłopiec grał swobodnie, stosując nieregularność rytmiczną; pałeczkę stosował zgodnie z jej przeznaczeniem)</p> <p>3 (czasem terapeuta ruchem zachęcał chłopca, aby powrócił do gry, a wtedy podchodził od instrumentu)</p> <p>H, O (zmiana dynamiki, charakteru improwizacji na bardziej marszowy oraz dołączenie się terapeuty do grania na bębnie sprawiły, że chłopiec zaczął podtrzymywać, nawiązującą się interakcję, tworząc muzyczne odpowiedzi na bębnie)</p> <p>S (dawał terapeutcie czas na rytmiczną odpowiedź)</p> <p>U, 14, 28 (zainicjował wokalne</p>	<p>4, 6, 8 (terapeuta towarzyszył chłopcu, akompaniując mu wokalnie, tylko wtedy, gdy improwizował swobodnie na instrumencie)</p> <p>10, 11 (chłopiec tylko się wsłuchiwał i obserwował, ale nie angażował się aktywnie w dodawanie kolejnych fraz słownych do piosenki)</p> <p>25, 32, 36 (dziecko wyraziło chęć śpiewania o zwierzątkach – czyli znanej mu piosenki <i>Kaczor Donald farmę miał</i>; obrazki do piosenki były ułożone w pewnej kolejności; na odpowiedni znak, chłopiec miał za zadanie odzwierciedlać odgłosy zwierząt, które rozpoznawał bezbłędnie – nie śpiewał, raczej rytmizował)</p> <p>3, 6, 14, H, 25 (podczas wypowiedzania danej komendy ujawniło się partnerstwo</p>

	<p>wypowiedzi, które terapeuta wykorzystał do budowania dalszej relacji)</p> <p>F, G (wybijał na bębnie przez chwilę piosenkę <i>Ram tam tam</i>, zachowując puls piosenki, potem kręcił się wokół instrumentu)</p> <p>I, J (gdy terapeuta zaśpiewał „stop”, chłopiec zatrzymał się – dwukrotnie podążył za poleceniami terapeuty, raz zatrzymał się bez werbalnej wskazówki terapeuty)</p> <p>3, 10, 13, 26 (terapeuta zainicjował popularną zabawę <i>Kółko graniaste</i>; chłopiec żywo się nią zainteresował oraz śpiewał proste słowa, np. „bęć”)</p> <p>14 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 4 komunikacyjne pożądane relacyjne zachowania muzyczne</p>	<p>między dzieckiem, a terapeutą – raz chłopiec wypowiadał komendę, raz terapeuta)</p> <p>13, R (u dziecka pojawiała się satysfakcja ze wspólnej muzycznej zabawy)</p> <p>P (stworzył inną konfigurację instrumentów oraz kształtów, co było niezwykle kreatywne; dziecko było zaangażowane pod względem muzycznym i twórczym)</p> <p>U, P, 36 (improwizacja z zabawą przeniosła się na gitarę; terapeuta trzymał instrument i podawał komendy; chłopiec, słysząc poszczególne komendy; chłopiec, słysząc je, podążał za nimi, improvizując na gitarze)</p> <p>S, BB, 14, 28 (pojawiała się naprzemienna improwizacja oparta na wokalizacjach)</p> <p>18, 19, 32 (w trakcie przedłużającej się relaksacji, chłopiec jasno wskazał, że chciałby już zakończyć zajęcia)</p> <p>25, 26 (większą część piosenki pożegnalnej zaśpiewał sam, z małą pomocą terapeuty)</p> <p>15 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 13 komunikacyjnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>3 – odpowiada na komunikat; 4 – tworzy spontaniczne komunikaty; 6 – nawiązuje relację; 8 – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; 10 – obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim; 11 – reaguje na sygnały z otoczenia; 13 – wyraża zadowolenie; 18 – jest asertywny – odchodzi od muzycznych działań, będąc w kontakcie; 19 – wyraża niezgodę w pewnych sytuacjach</p> <p>A – patrzy na twarz osoby, która śpiewa lub gra F – uderza zgodnie z metrum/pulsem G – zaczyna poruszać się lub grać rytmicznie w odpowiedzi na muzykę H – improvizuje ruchowo/instrumentalnie/wokalnie interaktywnie z grą/śpiewem terapeuty</p>		

I – przestaje się ruszać, gdy muzyka zatrzymuje się, lub zaczyna działać muzycznie w trakcie pauz

J – zaczyna się ruszać, gdy muzyka powraca

O – uderzenia w instrument lub pojawiające się motywy wokalne wskazują na ograniczoną, ale sprecyzowaną muzyczną odpowiedź ze zmianami muzycznymi, które podtrzymują muzyczną aktywność

R – dodaje instrumenty/aktywności w celu zwiększenia naprzemienności muzycznej z terapeutą

S – ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń

U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę

BB – jest zmotywowany, aby spontanicznie improwizować oraz prowadzić terapeutę (muzyczna asertywność)

KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:

14 – werbalnie i/lub niewerbalnie nawiązuje kontakt/interakcję; **25** – wykorzystuje werbalne formy komunikacji; **26** – używa odpowiednich prostych słów; **28** – wokalizuje; **32** – posiada umiejętność produkowania jasnych komunikatów werbalnych, mających na celu wyrażenie chęci/wyboru/potrzeby; rozumie pytania/polecenia; **36** – reaguje na polecenia

P – ukazuje zainteresowanie zagranem na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale)

Niepokożądane zachowania muzyczne	<p>O (stawał się powoli zamyślony i nieobecny podczas śpiewania piosenki)</p> <p>M, O, 14 (uwaga chłopca była rozproszona, jego muzyczna gra na bębnie miała charakter nieuporządkowany – impulsywno-powikłany; gra nie miała związku z improwizacją i pulsem; można było zauważyć przypadkowe, grane bez wewnętrznego przekonania motywy rytmiczne)</p> <p>D, F (z biegiem sesji chłopiec staje się nieobecny, wykazuje brak aktywności muzycznej)</p> <p>D, F (czasem podskakiwał, a czasem obserwował to, co znajdowało się w sali, tracąc kontakt z otoczeniem)</p> <p>I, C (odszedł od instrumentów i od budowania muzycznej relacji, bawiąc się dużą piłką)</p> <p>O (powrócił do gry, ale była ona formą krótkiej odpowiedzi na aktywność, którą</p>	<p>C, O (po kilku powtórzeniach, chłopiec wykazał zmęczenie, stąd nastąpiła zmiana instrumentów i ich położenia)</p>
-----------------------------------	---	---

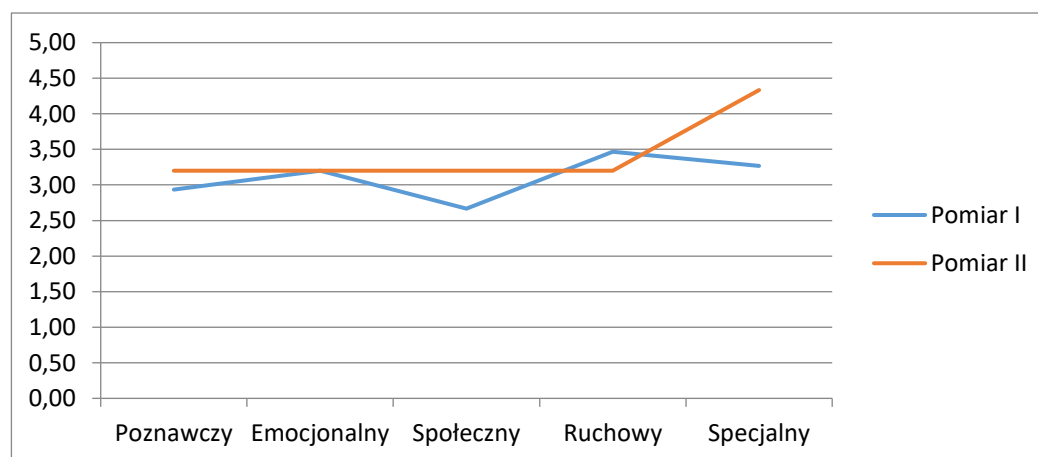
	<p>wcześniej kierował do niego terapeuta)</p> <p>O (ponownie zaczął grać, ale tylko na chwilę; nie zaangażował się ponownie w zabawę)</p> <p>12 (czasem podskakiwał po sali, ponownie obserwując salę)</p> <p>1, O (po pierwszym wykonaniu piosenki, chłopiec ponownie przechadzał się po sali, terapeuta parokrotnie zachęcał go do powtórzenia działania)</p> <p>12 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>3 motoryczne niepożądane zachowania muzyczne</p>	<p>2 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne</p> <p>0 motorycznych niepożądanych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>14 – szybko się rozprasza</p> <p>C – jest częściowo niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>D – wydaje się niechętny do angażowania się w tworzenie</p> <p>F – nie śpiewa, nie używa instrumentów</p> <p>M – nie wsluchuje się w odbywające się działania</p> <p>O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>1 – ucieka się do zachowań obronnych lub unikających dalszego działania; 12 – ograniczone interesowanie się pewnymi czynnościami lub przedmiotami</p> <p>I – interesują go przedmioty niezwiązane z działaniami muzycznymi</p>		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>B (początek wspólnego grania na nowym instrumencie był raczej chaotyczny i niestabilny)</p> <p>C (po pierwszym wykonaniu piosenki, chłopiec ponownie przechadzał się po sali, terapeuta parokrotnie zachęcał go do powtórzenia działania)</p> <p>B (muzyczna gra na bębnie miała charakter nieuporządkowany – impulsywno-powikłany gra nie miała związku</p>	<p>C, 17 (chłopiec nie odpowiadał na pytania terapeuty, w zamyśleniu słuchał go i obserwował jego działania)</p>

	z improwizacją i pulsem)	
	0 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 3 komunikacyjne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	0 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 2 komunikacyjne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne
KATEGORIA KOMUNIKACYJNA: 17 – nie reaguje na sygnały z otoczenia B – uderza w instrument w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna; C – milczy, jest nieaktywny		

Podsumowanie wyników

Na wykresie SOZ-D (tabela 18) można dostrzec, że Oskar poprawił swój rozwój w prawie wszystkich sferach. Większe różnice pojawiają się w sferze społecznej oraz specjalnej (czyli obejmującej takie zachowania, jak: stereotypie, agresja, lęk). W sferze emocjonalnej nie odnotowano zmiany (taka sama wartość zarówno w pierwszym, jak i w drugim pomiarze). Pogorszyła się natomiast sfera ruchowa dziecka. Przedstawiony w tabeli 18 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 18. Przypadek Oskara – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 14, natomiast na ostatniej sesji wzrosła do 21. W sferze społecznej w pierwszym pomiarze odnotowano 18 aktywności,

w drugim natomiast 22. Zarówno w sferze społecznej, jak i komunikacyjnej liczba pożądanych aktywności wzrosła, przy czym największą różnicę liczbową dostrzegamy w sferze komunikacji – zarówno w percepcji, jak i w ekspresji. Jeśli chodzi o zachowania oparte (w tym przypadku) na odrzuceniu, liczba ta zmalała. W pierwszym pomiarze pojawiły się 3 zachowania o charakterze niepożądanym, natomiast w postteście liczba ta zmalała do 1 zachowania.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczeniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze za brak muzycznej odpowiedzi otrzymało 4 pkt. Taką samą liczbę punktów otrzymało za zachowania związane z rozwojem aktywności. Najwięcej (aż 10 pkt) chłopiec uzyskał za działania o ograniczonej aktywności ekspresyjnej. Dzięki tym aktywnościom Oskar wykazuje duży potencjał społeczno-komunikacyjny. Inaczej sytuacja rysuje się w drugim pomiarze. Pojawiły się w nim 2 zachowania o wymiarze negatywnym oraz 8 zachowań opisywanych jako pozytywne przejawy rosnącej interakcji muzycznej. Ponadto (podobnie jak w pomiarze I) odnotowano działania o ograniczonej aktywności, jednak liczba tych zachowań (w porównaniu do pomiaru I) zmalała do 5. Analiza skali I pokazuje różnice w liczbie zachowań pożądanych i niepożądanych. Porównując dane z pierwszego i drugiego pomiaru, dostrzegamy, że w drugiej obserwacji liczba pożądanych zachowań wzrosła, a zmalała liczba niepożądanych.

Podobne wnioski można wysunąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej działań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach względem terapeuty – 4 pkt. Za działania związane z przerwana muzyczną percepcją uzyskano 6 pkt, a aż 15 za aktywności oparte na zaangażowaniu w muzyczną relację i pokazujące wzrost muzycznej świadomości i inteligencji. W drugim pomiarze pojawia się więcej zachowań ukazujących możliwości budowania i inicjowania muzycznego kontaktu za pomocą wielu form ekspresji, (18 pkt) niż działań o charakterze niekomunikacyjnym (0 pkt). Ponadto zmalała liczba zachowań związanych z przerwana muzyczną percepcją (2 pkt). Podobnie jak w skali I, wyniki tej skali wskazują na wzrost pożądanych zachowań muzycznych, a spadek zachowań związanych z brakiem muzycznej aktywności i tym samym interakcji z terapeutą, co może wskazywać na pozytywne oddziaływanie muzykoterapii.

Biorąc pod uwagę wyniki w poszczególnych kategoriach badawczych, zauważa się, że sfera poznawcza dziecka się poprawiła przy niezmienności aktywności związanych ze sferą motoryczną. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej odnotowano 21 zachowań,

w drugim aż 35, co wskazuje na dużą poprawę w tym obszarze rozwojowym. W sferze motorycznej w pierwszym i drugim pomiarze liczba takich zachowań była równa 7. Poprawie uległa sfera społeczno-emocjonalna, a przede wszystkim sfera komunikacyjna. Podczas pierwszego pomiaru zachowania w sferze społeczno-emocjonalnej wyniosły 14, w drugim pomiarze 15 (nieznaczna poprawa w tym obszarze). Sfera komunikacyjna poprawiła się z 4 zachowań (pomiar I) na 13 (pomiar II). W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 12 obecności (pomiar I) i 2 (pomiar II), co pokazuje znaczący spadek niepożądanych aktywności. Natomiast w sferze motorycznej w pierwszym pomiarze odnotowano 3 zachowania niepożądane, a w drugim pomiarze nie pojawiło się takie zachowanie. W odniesieniu do niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych nie wystąpiły ani w pomiarze I, ani w pomiarze II. W przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym liczba wystąpień wyniosła 3 w preteście i 2 w postteście.

Tabela 19. Przypadek Oskara – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	+	++
		gaworzenie	–	++
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	+++ („przepraszam”, „stop”, „bęc”)	++ („bęben”, „zmiana”)
		łączenie słów/zdania	+	+++
		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	–	+++
		identyfikacja	+++++ (werbalnie: „przepraszam”, „stop”, „bęc”; niewerbalnie: stop, koniec)	+++++++ (werbalnie i niewerbalnie: „bęben”, „zmiana”; „Tutaj jest muzyka”; odgłosy zwierząt; części ciała; kierunki;

				piosenka pożegnalna)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	–
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	++++ (1 krok)	++ (1 krok)
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	–
		odpowiedzi na pytania otwarte	–	–
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	++ (powitanie – niewerbalnie; pożegnanie – werbalnie)	++ (powitanie – niewerbalnie; pożegnanie – werbalnie)
		odbiór/odpowiedź na komunikat	+++	++
		spontaniczne komentarze	+ („przepraszam”)	++ („bęben”; „Tutaj jest muzyka”)
		inicjowanie rozmowy	–	–
		brak kontaktu wzrokowego	–	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	–	–
		właściwy kontakt wzrokowy	+	–
		reakcja na imię	–	–
		obserwowanie innych	+	+++
		naśladowanie innych	–	–
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	++++++	+++++
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	+	++
		społeczny uśmiech	–	+
		śmianie się	–	–
		właściwa interakcja	+++	+++++
		naprzemiennosc stron	–	–
		inicjowanie zmian	–	–
	zachowanie	stymulacja słuchowe	–	–
		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–
		poruszanie przedmiotami	–	–

		stymulacje węchowe	–	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	–	–
	inne zachowania	agresja	–	–
		działania destrukcyjne	–	–
		działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	–	–
		odrzućcie	+++	+
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	1	0
		niepewna akceptacja (2a)	1	0
		duża sprzeczność-odrzućcie (2b)	0	0
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	10	5
		aktywny rozwój interakcji (4)	3	5
		praca nad relacją (5a)	0	2
		muzyczna asertywność (5b)	0	0
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	1	1
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	0
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzućcie (1b)	2	0
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzućciu (2)	0	1
		działania wymijające i obronne (3)	2	1
		przekora i/lub manipulacja (4)	0	0
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	0	0
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0

		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	2	0
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	2	0
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	1	1
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	6	5
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	6	2
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	1	0
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	2	3
		wzrastające zaangażowanie (5c)	4	6
		uczestnictwo w interakcji (6a)	1	1
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	0	1
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	0	1
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	0	0
		entuzjizm z muzycznej ekspresji (7b)	0	0
Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	21	35
		MOTORYCZNA	7	7
	pożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNE	14	15
		KOMUNIKACYJNE	4	13
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	12	2
		MOTORYCZNA	3	0

	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNE	0	0
		KOMUNIKACYJNE	3	2

Jak wynika z zestawień liczbowych oraz analizy jakościowej kategorii badawczych, chłopiec znacznie poprawił swoją sferę poznawczą i komunikacyjną. W obszarze społeczno-emocjonalnym zmiana była nieznaczna. Chłopiec podczas sesji preferował narzucone aktywności z jasną strukturą i działaniem – wtedy też miał świadomość zrealizowania danego zadania (np. podczas piosenki dźwiękonaśladowczej z obrazkami, gdy wsłuchując się w odpowiedni znak dźwiękowy, chłopiec miał odzwierciedlać odgłosy poszczególnych zwierząt; podczas piosenki z pokazywaniem części ciała lub zabawy muzyczno-ruchowej, w której chłopiec miał reagować ruchowo i instrumentalnie na daną komendę). Zwłaszcza przy tej ostatniej zabawie ukazało się prawdziwe partnerstwo pomiędzy dzieckiem a terapeutą. Dzięki zabawie u dziecka kształtowała się koncentracja uwagi, odpowiednia reakcja na sygnał oraz umiejętność współdziałania z innymi, ale przede wszystkim pojawiała się satysfakcja ze wspólnej muzycznej zabawy oraz z własnej pomysłowości (stworzył inną konfigurację instrumentów oraz kształtów podczas wspólnej aktywności). Doświadczenie odtwarzania było dla chłopca przestrzenią, w której lepiej się odnajdywał, znając poszczególne zasady czy polecenia. Dzięki przewidywalności mógł angażować się w zabawy i nawiązywać klarowną relację z terapeutą. W przypadku improwizacji należy stwierdzić, że była ona raczej nastawiona na eksplorowanie właściwości instrumentów, choć podczas ostatniej sesji chłopiec, który zwykle stronił od aktywności wokalne, zaczął wydawać różne dźwięki. Oskar zapoczątkował naprzemienną improwizację opartą na wokalizacjach, na wspólnym podążaniu i naśladowaniu, co miało wpływ na jego rozwój w sferze społecznej. Doświadczenie słuchania wiązało się z formą relaksacji i odpoczynku, jednak nie na długi czas – był to dla chłopca raczej moment oddechu, w którym mógł nieco zredukować liczbę bodźców.

Podsumowując, dla Oskara wiodącym doświadczeniem było odtwarzanie z jasną strukturą słowną czy obrazkową, które wspierało rozwój poznawczy, społeczny i komunikacyjny. Improwizacja (w niektórych momentach) była przestrzenią poznawania i ciekawości poznawczej, chociaż zdarzały się momenty muzycznego dialogowania. Słuchanie stanowiło dla Oskara formę chwilowego odprężenia, co wspierało jego rozwój poznawczy i motoryczny. Tak więc działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały

na chłopca, były: działania odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna, społeczno-emocjonalna), improwizacyjne (poznawcza i w mniejszym stopniu społeczno-emocjonalna) oraz słuchanie (poznawcza i motoryczna).

4.1.4 Przypadek Damiana

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Damian (8 lat) jest chłopcem ze zdiagnozowanym autyzmem. Pierwszą diagnozę postawiono, kiedy miał 4 lata. W okresie prowadzenia badania chłopiec uczęszczał do przedszkola integracyjnego z oddziałami specjalnym – do grupy dla dzieci z autyzmem. Pod względem rozwojowym chłopiec doskonale mówi, czasem się zdarza, że nie wie, co mówi (w sytuacjach, gdy ma coś zrelacjonować lub opisać fakty). Dziecko używa jeszcze obrazków, ale są one podstawą do tworzenia planu dnia zarówno w domu, jak i w przedszkolu. Plan tworzy sam Damian z asystą osoby dorosłej. Jeśli chodzi o rozwój społeczny, to jest to najsłabsza sfera rozwojowa chłopca. Często narzuca swoim towarzyszom swój plan. Nie potrafi przystosować się do innych. Biorąc pod uwagę kontakty społeczne z rówieśnikami, często podchodzi i czeka na reakcję (czasem nawet w sposób natarczywy pragnie wymusić reakcję drugiej osoby). Czasami sam inicjuje kontakt. Potrafi bawić się z innymi, zwłaszcza na początku, jednak po krótkim czasie zaczyna bawić się sam. Sfera poznawcza chłopca rozwija się prawidłowo. Damian liczy, czyta, szybko zapamiętuje (zwłaszcza piosenki), ma trudności z koncentracją, ale to wynika z jego pobudzenia ruchowego, przez które skupienie się na zadaniu przychodzi mu z dużym wysiłkiem. Nieustannie wędruje, chodzi, biega, a gdy siedzi, porusza różnymi częściami ciała (zwłaszcza nogami). Chłopiec wykazuje nadwrażliwość słuchową – jeżeli w pomieszczeniu jest za głośno, zaczyna być agresywny, czasem krzyczy, jednak nie komunikuje, że jest za głośno. Ponadto wykazuje nadwrażliwość zapachową, smakową. Pojawiają się u niego zachowania takie jak: kołysanie się, kręcenie. Bardzo lubi dotyk (od lekkiego po mocne uściski). Czasami u Damiana występują zachowania niepożądane, takie jak agresja fizyczna wobec innych dzieci i wobec siebie (autoagresja) w postaci gryzienia lub uderzania. Wszystkie zachowania zakłócające pojawiają się w sytuacjach stresowych, podczas nowych doświadczeń, czasami bez widocznego powodu. Ulubionymi rzeczami chłopca są zabawki. Angażuje się w wiele fizycznych aktywności – zabawy muzyczno-ruchowe, swobodny ruch w sali czy w ogrodzie. Dziecko nie lubi hałasu, zmian, wysokiego głosu dziewczynek oraz płaczu innych. Chłopiec

w przedszkolu korzysta z wielu terapii: logopedii, terapii zajęciowej, terapii pedagogicznej, hipoterapii oraz terapii psychologicznej.

Jeśli chodzi o doświadczenia muzyczne, chłopiec miał zajęcia z muzykoterapii, które bardzo lubił. Czekał na nie i brał w nich czynny udział. Ponadto w ramach zajęć przedszkolnych wykorzystuje się muzykę do działań edukacyjnych, co również przyczyniło się do wzrostu zainteresowania muzyką i aktywnościami muzycznymi. W kwestionariuszu uzupełniającym ADSA nauczyciel Damiana podał, że dziecko ma doskonały słuch muzyczny i dobrą umiejętność śpiewania. Lubi muzykować i grać na cymbałkach (potrafi zagrać melodię na tym instrumencie). Na pytanie: *Jaki rodzaj muzyki dziecko preferuje najbardziej?* nauczyciel wyliczył piosenki dla dzieci, muzykę klasyczną, jazz, pop, rock, country. Na pytanie dotyczące tego, czego nauczyciel oczekuje od interwencji muzykoterapeutycznej, wymienił on rozwój sfery emocjonalnej i społecznej oraz doświadczanie dobrej zabawy poprzez muzykę.

Pierwsza rejestrowana sesja

Pierwsza sesja odbyła się w obecności jeszcze jednego chłopca, zatem miała charakter grupowy. Na początku na pytanie terapeuty: „Czy zaśpiewamy piosenkę powitalną?” chłopiec ochoczo odpowiedział „tak” [ADSA: odpowiedzi „tak”/„nie”; odbiór komunikatu; słowo „tak”]. Początkowo siedział na krześle i słuchał piosenki powitalnej, później włączył się w śpiew, ale tylko na chwilę [ADSA: reakcja na powitanie werbalnie; NR I: 3 U; NR II: 4a/wokal]. Po jakimś czasie odszedł od terapeuty, zaczął skakać na materacu [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 3 O; NR II: 1/ruch]. Po werbalnej wskazówce związanej z ponownym przyłączeniem się do gry, powrócił [ADSA: odbiór komunikatu z jedną werbalną wskazówką] i wyraził chęć grania na gitarze [ADSA: wskazywanie chęci wyboru/potrzeby werbalnie; łączenie słów: „Chcę zagrać na gitarze”]. W trakcie drugiej minuty chłopiec zagrał piosenkę powitalną na gitarze, zachowując puls piosenki [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną werbalną wskazówką; NR I: 5 U; NR II: 3/instr.]. Po skończonej grze werbalnie wyraził radość ze wspólnego grania: „Załapałem, udało mi się” [ADSA: śmianie się; spontaniczne komentarze; łączenie słów]. Wyrażał swoje zdanie i chęć gry na instrumentach, zwłaszcza na gitarze lub bębnie [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie; łączenie słów: „Chcę grać na bębnie”]. Podczas swobodnego grania na gitarze, chłopiec grał w jednostajnym tempie i rytmie, terapeuta dołączył do improwizacji wokalnie, ale chłopiec był bardziej skupiony na swojej grze, nie na elementach wokalnych terapeuty [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 3 U; NR II:

4b/instr.]. W pewnym momencie zaczął liczyć szarpane współbrzmienia. Doliczył do 10 i oznajmił to terapeutce [ADSA: łączenie słów: „Zagrałem dziesięć razy”; NR I: 3 U; NR II: 2/instr.]. Po grze na gitarze pojawiła się zabawa z bębniem. Terapeuta improwizował wokalnie i uderzał w bęben, po czym podkładał instrument chłopcu, aby ten mógł zagrać na nim w odpowiednim momencie. Damian czasem uderzał w bęben chaotycznie, dość impulsywnie [ADSA: odbiór komunikatu; podążanie za wskazówkami z wizualnymi wskazówkami; NR I: 5 O; NR II: 2/instr.]. Ze względu na obecność drugiego chłopca Damianowi było trudno się skupić i często się rozpraszał. Około czwartej minuty pojawiło się zachowanie uciekające od aktywności – skakanie [ADSA: ograniczone zachowanie; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Czasem chłopiec wypowiadał wyrażenia skierowane do drugiego chłopca: „Uśmiechnij się” [ADSA: łączenie słów; spontaniczne komentarze]. Podczas dość chaotycznej zabawy z bębniem (ze względu na wielość działań) chłopiec w pewnym momencie zaczął naśladować wokalnie terapeutę [ADSA: naśladowanie innych z jedną werbalną wskazówką], zachowując taką samą tonację, rytm, metrum, dynamikę oraz podobną melodię [NR I: 3 U; NR II: 4a/wokal].

W przerwach pomiędzy aktywnościami chłopiec skupiał się na skakaniu na materacu – miał bardzo dużą potrzebę ruchu [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 3 O; NR II: 1/ruch]. W związku z tym terapeuta podążył za potrzebą chłopca i zaproponował wspólne skakanie z instrumentami. Terapeuta rozdał chłopcom janczary i włączył się do skakania, tworząc improwizację *a cappella* o skakaniu i opadaniu na materac. Damian zaangażował się we wspólne działanie ruchowe, reagował na polecenie związane ze słowem „bam”, co w zabawie oznaczało zatrzymanie się i opadnięcie na materac [ADSA: społeczny uśmiech; podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 3/ruch]. Chłopiec był bardzo pochłonięty zabawą i nie zważał na polecenia terapeuty (dwukrotnie) [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Gdy nie otrzymywał jasnych zadań do zrealizowania, rozpraszał się i odchodził od wspólnej aktywności [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 O; NR II: 1/ruch]. Około dziesiątej minuty wyraził niechęć do dalszego skakania [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie]. Pomimo tego terapeuta dwukrotnie zaproponował powrót do zabawy. Chłopiec ponownie się zaangażował [ADSA: podążanie za wskazówkami z dwoma werbalnymi wskazówkami; NR II: 3/ruch]. Pomiędzy aktywnościami Damian na siłę zwracał się do drugiego chłopca – wydawał się natarczywy względem niego [ADSA: ograniczone zainteresowania; spontaniczne komentarze].

Około dwunastej minuty pojawiła się ponownie zabawa z elementami ruchowymi, które koordynował terapeuta. Dziecko poddawało się ruchom terapeuty – chodziło w kole, trzymając terapeutę za ręce [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną

wskazówką], nawiązywało kontakt wzrokowy [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy] oraz podążało za poleceniami [NR I: 4 U; NR II: 3/ruch]. W pewnych częściach tańca chłopiec się uśmiechał [ADSA: społeczny uśmiech]. Po minucie tej aktywności chłopiec wydawał się znużony, ale wytrzymał do końca zabawy [NR I: 3 U; NR II: 2/ruch]. Podczas kolejnej piosenki ruchowej – *Kółko graniaste* – chłopiec początkowo nie śpiewał, tylko słuchał terapeuty i podążał za jego ruchowymi wskazówkami [NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. W połowie piosenki Damian zaczął śpiewać. Za drugim razem ponownie włączył się w śpiew w połowie piosenki [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną werbalną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal].

Około szesnastej minuty terapeuta wprowadził bęben podłogowy, zachęcił chłopca do podejścia i wspólnego grania. Damian zaczął grać na bębnie, a terapeuta na gitarze [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną werbalną wskazówką]. Początkowo eksplorował bęben – grał naprzemiennie rękoma, uderzając o membranę bębna coraz szybciej i głośniej [NR I: 3 U; NR II: 4a/instr.], później wyraził chęć grania za pomocą pałeczek [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie]. Gdy terapeuta odmówił, chłopiec nie zareagował negatywnie, wręcz przeciwnie – kontynuował muzyczną aktywność rękoma [ADSA: rozumienie słowa „nie”; identyfikacja „nie”]. Rozpoczął od prostego schematu rytmicznego, który powtarzał. Nie reagował na muzyczne propozycje terapeuty [NR I: 5a O; NR II: 1/instr.]. Po dość niestabilnej grze chłopiec wrócił do skakania na materacu [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 2 O; NR II: 1/ruch]. Po kilku werbalnych wskazówkach wrócił do grania na bębnie [ADSA: odbiór komunikatu z wieloma werbalnymi wskazówkami]. Rozpoczął od takiego samego schematu rytmicznego co poprzednio – w tym czasie to terapeuta słuchał chłopca [NR II: 5c/instr.]. W pewnym momencie prowadzący włączył się do gry na bębnie, wraz z wokalizacjami. W momencie dołączenia się terapeuty chłopiec zaczął grać głośno, szybko i niestabilnie [NR I: 2b U; NR II: 2/instr.]. Z biegiem improwizacji Damian nie zwracał uwagi na muzyczne działania prowadzącego. Po pewnym czasie odszedł od wspólnej gry [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 O; NR II: 1/instr.].

Około dziewiętnastej minuty schował się pod materac i nie zgadzał się stamtąd wyjść [ADSA: odpowiedzi „tak”/„nie”; słowo „nie”; NR II: 1/ruch]. Z biegiem sesji Damian stawał się coraz bardziej rozporoszony. Około dwudziestej minuty prowadzący zaproponował zabawę muzyczną z rekwizytem. Damian dopiero po werbalnych wskazówkach podszedł i zaangażował się w działania – obserwował piórko i dotykał go [ADSA: odbiór komunikatu z wieloma werbalnymi wskazówkami]. Czasem po wykonaniu działania narzucał się

drugiemu chłopcu, nie respektując jego odmowy – nadmiernie się przytulał, całował [ADSA: ograniczone zainteresowania].

W piosence o wietrze i piórkach Damian podążał za wskazówkami śpiewanymi przez terapeutę i angażował się w ruchowe przedstawienie piosenki [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Później muzyczny materiał przeistoczył się w piosenkę z częściami ciała. Na pytanie, gdzie jest nos oraz głowa, wskazał poprawnie [ADSA: identyfikacja „nos”, „głowa”; odbiór komunikatu z werbalną wskazówką]. Był nadmiernie zainteresowany piórkiem spadającym z nosa, stąd trudno było go zachęcić do podążania za poleceniami i wskazywania innych części ciała [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Ucho wskazał dzięki werbalnej i wizualnej wskazówce terapeuty [ADSA: identyfikacja „ucha”; odbiór komunikatu z werbalną i wizualną wskazówką].

Pod koniec sesji zareagował na polecenie sprzątania, choć wyraził chęć kontynuowania zabawy z piórkami [ADSA: identyfikacja „sprzątanie”; wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie]. Podczas przechodzenia od jednej aktywności do drugiej chłopiec szybko podbiegł do bębna i zaczął chaotycznie w niego uderzać [NR I: 3 O; NR II: 2/instr.], po czym wrócił do terapeuty, reagując na jego zachętę powrotu [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką]. Podczas piosenki pożegnalnej wsłuchiwał się w nią i nawiązywał kontakt wzrokowy z terapeutą [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; reakcja na pożegnanie; NR I: 3 U]. W trakcie sesji chłopiec często wypowiadał spontaniczne komentarze („To już koniec, tak szybko?”; „Jestem Damian”; parokrotnie: „Uśmiechnij się”) [ADSA: spontaniczne komentarze; identyfikacja swojego imienia; reakcja na imię]. Przy wychodzeniu z sali chłopiec wprowadził bęben w ruch wirowy – był nim bardzo pochłonięty [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1b; NR II: 1/ruch].

Ostatnia rejestrowana sesja

Damian nie chciał się angażować w działania muzyczne i inne działania [ADSA: odrzucenie; NR I: 2 O; NR II: 1/instr./wokal/ruch]. Wydawał się zmęczony, mało zainteresowany. Przy każdej propozycji chłopiec odmawiał, ale odpowiadał na każde pytanie terapeuty [ADSA: odrzucenie; odpowiedzi „tak”/„nie”; identyfikacja „nie”]. Terapeuta podążał za stanem psychofizycznym chłopca i rozpoczął spokojną improwizację instrumentalną o stałym pulsie. Po chwili Damian dołączył się z piosenką, którą znał z innych zajęć [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi poprzez piosenkę; NR I: 2a U; NR II: 4a/wokal]. Kilkakrotnie powtarzał tę piosenkę wręcz się na niej zafiksował [ADSA:

ograniczone zainteresowanie; NR I: 1b O; NR II: 1/wokal]. Nie zwracał uwagi na kwestie muzyczne, improwizowane przez prowadzącego. Zaśpiewał piosenkę, zachowując melodię, zasięg interwałów oraz rytm [ADSA: łączenie słów piosenki; identyfikacja słów w piosence]. Po zaśpiewaniu pojawiła się krótka rozmowa na temat piosenki [ADSA: odbiór komunikatu] i propozycja terapeuty, by zaśpiewać inną piosenkę, w której pojawiają się liczby (ten aspekt wydawał się ważny, bo w poprzedniej piosence chłopiec wyraźnie akcentował pojawiające się słowa o liczbach). W skupieniu wsłuchiwał się w piosenkę wyliczankę [NR I: 2a U; NR II: 1/wokal]. Później terapeuta, chcąc zaktywizować chłopca, zadał mu kilka pytań dotyczących piosenki, na które Damian odpowiedział bezbłędnie (np. jakie zwierzę pojawiło się w piosence oraz o co pies prosił w wyliczance) [ADSA: odpowiedzi na pytania otwarte; odbiór komunikatu z jedną werbalną wskazówką; identyfikacja słów w piosence]. Po tej krótkiej rozmowie chłopiec zaczął się ożywiać. Śmiał się [ADSA: śmianie się]. Chłopca zainteresowała mimika terapeuty i jego specyficzna modulacja głosu oddająca charakter piosenki [ADSA: obserwowanie innych z jedną wizualną wskazówką; NR I: 3 U]. Prowadzący ponownie powtórzył piosenkę wyliczankę, w którą dziecko włączyło się już z większym zaangażowaniem [ADSA: łączenie słów w piosence wyliczance; odbiór komunikatu z werbalną wskazówką; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal]. Pojawiały się momenty, w których Damian śpiewał sam, a raz tylko słuchał [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4; NR II: 5c/wokal].

Około dziewiątej minuty chłopiec (pomimo zmęczenia) zaczął grać na instrumentach w sposób odkrywczy [NR II: 4a/instr.], po czym szybko skupił się na swoim stanie psychofizycznym [NR I: 3 O; NR II: 1/instr.]. Nie chciał dalej uczestniczyć w aktywności – werbalnie komunikował, że pragnie odpocząć [ADSA: wskazanie chęci/wyboru/potrzeby werbalnie; łączenie słów – chęć odpoczynku; identyfikacja „odpoczynek”, „zmęczony”]. Terapeuta zaproponował dobrze znaną dziecku piosenkę *Kiedy jesteś sam*. Chłopiec ponownie się zaangażował we wspólne śpiewanie, zachowując odpowiednią melodię, tonację, rytm piosenki [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi z jedną werbalną wskazówką; łączenie słów piosenki; identyfikacja słów piosenki *Kiedy jesteś sam*; NR I: 3 U; NR II: 4a/wokal]. Prowadzący zaczął wprowadzać skrajne zmiany dynamiczne, które po pewnym czasie Damian naśladował [ADSA: naśladowanie innych] i wykorzystywał w swojej wokalne ekspresji [NR I: 4 U; NR II: 5b/wokal]. Podczas kontynuowania piosenki chłopiec stawał się solistą [NR I: 5c U; NR II: 6b/wokal].

Około trzynastej minuty pojawiła się naprzemienna, dość kompulsywna gra na pałeczkach oraz chowanie ich za plecami [ADSA: naprzemienność stron; NR I: 3 U; NR II:

5a/instr.]. Terapeuta z chłopcem zaczęli wspólnie grać [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi]. Prowadzący odzwierciedlał tempo gry chłopca, jednak pozostałe elementy były nie do uchwycenia ze względu na impulsywność i chaotyczność gry dziecka [NR I: 3 U; NR II: 2/instr.]. Chwilę później terapeuta zaproponował piosenkę o zwierzętach – chłopiec na nią nie zareagował – zaczął rzucać pałeczkami, tracąc kontakt z terapeutą i z otoczeniem [ADSA: odrzucenie; ograniczone zainteresowanie; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch].

Około piętnastej minuty chłopiec wyraził chęć grania na pianinie [ADSA: wskazanie chęci/wyboru/potrzeby werbalnie], stąd pojawiła się swobodna gra na keyboardzie. Damian powtarzał dany schemat melodyczno-rytmiczny przez pewien czas. Zagrał na wszystkich białych klawiszach od górnego rejestru po sam dół [ADSA: ograniczone zainteresowanie; NR I: 1 U; NR II: 2/instr.]. Nie pozwolił terapeutce zaangażować się w grę na pianinie [ADSA: odrzucenie; NR I: 1b O]. Ten akompaniował Damianowi na bębnie [NR II: 1/instr.]. W pewnym momencie chłopiec zaczął sprawdzać, jakie są możliwości dźwiękowe keyboardu – włączył różne funkcje, różne odgłosy, których nasłuchiwał. Jego gra była dość chaotyczna [NR I: 5a O; NR II: 2/instr.]. Często grał półtony, po czym ponownie powracał do grania wcześniejszej sekwencji melodyczno-rytmicznej [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 3 O; NR II: 1/instr.]. Przykładał też ręce do głośnika, by poczuć wibracje instrumentu. Terapeuta włączył się w muzyczną aktywność i starał się naśladować wokalnie wszelką instrumentalną ekspresję chłopca. Około dwudziestej minuty Damian odszedł od jakichkolwiek aktywności muzycznych, do których powrócił za namową terapeuty [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; NR I: 2 O; NR II: 2/instr.].

Jego gra stawała się bardziej stabilna i uporządkowana [NR I: 3 U; NR II: 4/instr.]. Zaczął grać dwoma rękami jednocześnie. W pewnym momencie dziecko zauważyło, że prowadzący starał się je naśladować w sposób ruchowy i muzyczny, tworząc na bębnie [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; właściwa interakcja; NR I: 4 U; NR II: 6a/instr.]. W tym czasie dziecko nawiązywało kontakt wzrokowy z terapeutą oraz uśmiechało się [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; uśmiech społeczny]. Około dwudziestej piątej minuty chłopiec ponownie koncentrował się na graniu pojedynczych dźwięków od górnego rejestru do dolnego – wtedy nie reagował na muzyczną ekspresję terapeuty [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 3 O; NR II: 1/instr.].

Chcąc włączyć się do gry na pianinie, prowadzący wykorzystał muzyczny schemat chłopca i zaczął grę. Początkowo Damian nie pozwolił na wspólną grę – odrzucił ją [ADSA: odrzucenie; NR I: 1b O]. Po chwili jednak zaakceptował wspólną aktywność [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 2a U; NR II: 2/instr.]. Terapeuta wprowadził do

gry nowe elementy, a mianowicie elementy dialogu na klawiszowym instrumencie, w którym jedna osoba gra, a druga słucha. Niestety odnotował brak reakcji na taką formę zabawy [ADSA: ograniczone zainteresowania; NR I: 1 U; NR II: 1/instr.]. Około dwudziestej szóstej minuty pojawiły się aktywności polegające na wspólnym odzwierciedlaniu odgłosów [ADSA: naprzemiennosc stron; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal]. Przyjmowały one u chłopca formę wokalizacji, gaworzenia [ADSA: wokalizacje; gaworzenie]. Damian podążał wzrokiem za śmiesznymi minami terapeuty, uśmiechał się, odczuwał radość ze wspólnej muzycznej wymiany [ADSA: właściwa interakcja; naśladowanie innych; uśmiech społeczny; NR I: 5a U; NR II: 5b/wokal]. Około trzydziestej minuty chłopiec skierował się do wyjścia, ale za namową terapeuty pozostał w sali [ADSA: wskazanie chęci/potrzeby/wyboru niewerbalnie; odbiór komunikatu z jedną werbalną wskazówką; NR I: 3 O; NR II: 2/ruch]. Usiadł na kolanach terapeuty [ADSA: właściwa interakcja; NR II: 6a/ruch]. Zakończył sesję piosenką pożegnalną, którą sam zaśpiewał przy akompaniamencie prowadzącego, zachowując tonację, odpowiednią melodię, rytm i inne elementy [ADSA: reakcja na pożegnanie werbalnie; odpowiadanie na wspólne pole uwagi; łączenie słów piosenki; identyfikacja; NR I: 4 U; NR II: 5c/wokal].

Tabela 20. Przypadek Damiana – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (19 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>D, N, O (początkowo siedział na krześle i słuchał piosenki powitalnej, później włączył się w śpiew, ale tylko na chwilę)</p> <p>1, AA, EE (podczas swobodnego grania na gitarze, chłopiec grał w jednostajnym tempie i rytmie)</p> <p>13, 22, EE, JJJ (w pewnym momencie, zaczął liczyć szarpane współbrzmienia; doliczył do 10 i oznajmił to terapeutce)</p> <p>1, 11, 31 (terapeuta improwizował wokalnie i uderzał w bęben, po czym podkładał instrument chłopcu, aby ten mógł zagrać na nim w odpowiedniej chwili)</p> <p>D, 2, O, R (w pewnym momencie zaczął naśladować wokalnie terapeutę, zachowując taką samą tonację, rytm,</p>	<p>D, Q, P, O (po chwili chłopiec dołączył się z piosenką, którą znał z innych zajęć; zaśpiewał piosenkę, zachowując melodię, interwały, rytm oraz akcentowanie)</p> <p>NN (wsłuchiwał się w piosenkę wyliczankę w skupieniu)</p> <p>BB, 11 (pomimo zmęczenia zaczął grać na instrumentach w sposób odkrywczy)</p> <p>D, Q, O, P (terapeuta zaproponował śpiewanie dobrze znanej dziecku piosenki <i>Kiedy jesteś sam</i>; chłopiec ponownie zaangażował się we wspólne śpiewanie, zachowując odpowiednią melodię, tonację, rytm)</p> <p>5, DD (naprzemienna, dość kompulsywna gra na palczkach oraz chowanie ich za plecami)</p>

<p>metrum, dynamikę oraz podobną melodię) 30, XX, ZZ, 1, 37, 2 (zainteresował się wspólnym działaniem ruchowym, reagował na polecenie związane ze słowem „bam” – w zabawie oznaczało to zatrzymanie się i opadnięcie na materac) 11, 31, 32, 35, 2 (poddawał się ruchom terapeuty – chodził w kole, trzymając za rękę terapeuty) NN, 2, 10, 11, PP, QQ (podczas kolejnej piosenki ruchowej – <i>Kółko graniaste</i> – początkowo nie śpiewał, tylko słuchał terapeuty i podążał za jego ruchowymi wskazówkami) D, 13, Q (w połowie piosenki, zaczął śpiewać; za drugim razem, ponownie włączył się w śpiew w połowie piosenki) BB, X (początkowo eksplorował bęben – grał naprzemiennie rękoma, uderzając o membranę bębna coraz szybciej i głośniej) EE (rozpoczął od prostego schematu rytmicznego, który powtarzał) 10, 5 (dopiero po werbalnych wskazówkach podszedł do terapeuty i zaangażował się w działania – obserwował piórko i dotykał go) 2, 11, 34, 35 (w piosence o wietrze i piórkach, podążał za wskazówkami terapeuty – terapeuta, śpiewał, a chłopiec angażował się w ruchowe przedstawienie piosenki) 10, 14 (w reakcji na pytanie, gdzie jest nos oraz głowa, a później ucho, wskazał poprawnie) NN, 1 (podczas piosenki pożegnalnej, wsłuchiwał się w nią)</p> <p>33 poznawcze pożądane zachowania muzyczne</p>	<p>BB, BBB, Z (w pewnym momencie, chłopiec zaczął sprawdzać, jakie są możliwości dźwiękowe keyboardu – włączał różne funkcje, różne odgłosy, których nasłuchiwał; jego gra była dość chaotyczna; często grał półtony) S (przykładał ręce do głośnika, odczuwając wibracje instrumentu) FFF, GG, 11 (jego gra stawała się bardziej stabilna i uporządkowana; zaczął grać dwoma rękami jednocześnie) R, Q, P, YY (zakończył sesję piosenką pożegnalną, którą sam zaśpiewał przy akompaniamencie prowadzącego, zachowując tonację, odpowiednią melodię, rytm i inne elementy)</p> <p>20 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p>
---	---

	17 motorycznych pożądaných zachowań muzycznych	4 motoryczne pożądané zachowania muzyczne
KATEGORIA POZNAWCZA: 1 – koncentruje się; 2 – naśladuje; 5 – eksploruje i/lub rozumie; 10 – przetwarza zmysłowo: obserwuje/słucha/dotyka; 13 – różnicuje, analizuje; 14 – wskazuje części ciała; 22 – przelicza na konkretnych, posługując się liczebnikami; 37 – stara się zrozumieć obowiązujące zasady D – śpiewając lub grając, zachowuje melodyczną strukturę samodzielnie lub pod wpływem terapeuty N – naśladuje rosnące interwały O – stopniowo śpiewa interwały P – śpiewa/nuci/gra piosenkę, stosując odpowiedni rytm lub tonację R – stosuje melodyczny zasięg interwałów/skali, kiedy śpiewa z akompaniamentem terapeuty (może też odzwierciedlać tonację terapeuty) S – akceptuje wibracje instrumentu, kiedy gra on na/przy ciele dziecka Q – śpiewa frazy oparte na czterech lub pięciu nutach BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie EE – stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumencie NN – słucha i odbiera interesujący go materiał muzyczny YY – używa swojego głosu lub instrumentu, ukazując wrażliwość ekspresyjnie ZZ – spontanicznie dokonuje kombinacji muzycznej ekspresji: głos łączy z ruchem lub ruch z grą BBB – pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę GGG – w śpiewaniu/graniu na instrumentach ukazuje muzyczną niezależność w dźwiękach czy prowadzeniu fraz KATEGORIA MOTORYCZNA: 11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową; 30 – wykazuje dużą aktywność fizyczną; 31 – wykorzystuje ręce adekwatnie do przeznaczenia; 32 – wykorzystuje nogi adekwatnie do przeznaczenia; 34 – samodzielnie wykonuje działania ruchowe; 35 – kontroluje swoje ruchy podczas aktywności/sesji X – używa rąk do grania na tamburynie/bębnie Z – używa całej ręki/pojedynczych palców do uderzania w klawisze pianina AA – używa ręki do grania na gitarze DD – chwyta pałkę i używa jej do grania PP – toleruje rytmiczne poruszanie częściami ciała z terapeutą QQ – porusza częściami ciała w stałym rytmie i/lub pulsie XX – porusza się do muzyki i gra na instrumencie w tym samym momencie FFF – nabiera kontroli w wykonywaniu JJJ – łączy muzyczne doświadczenie z rytmicznym zaangażowaniem/odreagowaniem		

Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>25, 32, 3 (, na pytanie terapeuty: „Czy zaśpiewamy piosenkę powitalną?”, chłopiec na początku ochotczo odpowiedział „tak”)</p> <p>H (później włączył się w śpiew do muzycznego materiału terapeuty, ale tylko na chwilę)</p> <p>3, 32, 36 (po werbalnej wskazówce, związanej z ponownym przyłączeniem się do gry, powrócił i wyraził chęć grania na gitarze)</p> <p>M, P (w trakcie drugiej minuty, chłopiec zagrał piosenkę powitalną na gitarze, zachowując puls piosenki)</p> <p>11, 13 (po skończonej grze, werbalnie wyraził radość ze wspólnego grania: „Załapałem, udało mi się”)</p> <p>25, 32, 30 (wyrażał swoje zdanie i chęć gry na instrumentach, zwłaszcza na gitarze lub bębnie)</p> <p>3, 32, O (terapeuta improwizował wokalnie i uderzał w bęben, po czym podkładał instrument chłopcu, aby ten mógł zagrać na nim w odpowiedniej chwili)</p> <p>4, 7, 30 (czasem chłopiec wypowiadał wyrażenia skierowane do drugiego chłopca: „Uśmiechnij się”)</p> <p>32, 5, 19 (około dziesiątej minuty, wyraził niechęć do kontynuowania aktywności)</p> <p>3, 36 (pomimo tego, terapeuta dwukrotnie zaproponował powrót do zabawy; chłopiec ponownie się zaangażował)</p> <p>8, 10 (nawiązywał kontakt wzrokowy oraz podążał za poleceniami)</p> <p>12, 13 (uśmiechał się w pewnych częściach tańca)</p> <p>H, O (zaczął grać na bębnie, a terapeuta na gitarze)</p> <p>17, 32 (wyraził chęć grania za pomocą pałeczek)</p>	<p>3, 7 (po zaśpiewaniu piosenki nastąpiła krótka rozmowa na jej temat oraz wysunięta przez terapeutę propozycja zaśpiewania innej piosenki z liczbami – ten obszar wydawał się ważny, bo w poprzedniej piosence chłopiec wyraźnie akcentował, pojawiające się słowa o liczbach).</p> <p>25, 32 (chcąc zaktywizować chłopca, terapeuta zadał kilka pytań dotyczących piosenki, na które Damian odpowiedział bezbłędnie (np. o to, jakie zwierzę się pojawiło w piosence oraz o co pies prosił w wyliczance); po tej krótkiej rozmowie, chłopiec się ożywił)</p> <p>11, 13, A (śmiał się; chłopca zainteresowała mimika terapeuty i jego specyficzna modulacja głosu, oddająca charakter piosenki)</p> <p>3, 6, U, P (prowadzący ponownie powtórzył piosenkę wyliczankę, w którą chłopiec włączył się już z większym zaangażowaniem; pojawiały się momenty, gdy śpiewał sam, a raz tylko słuchał)</p> <p>P, 3, 10 (prowadzący zaczął wprowadzać skrajne zmiany dynamiczne, które po pewnym czasie chłopiec, naśladował i wykorzystywał w swojej wokalne ekspresji)</p> <p>U (podczas kontynuowania piosenki, chłopiec stawał się solistą)</p> <p>S (terapeuta wraz z chłopcem zaczęli wspólnie grać)</p> <p>32 (chłopiec wyraził chęć grania na pianinie, stąd pojawiła się swobodna gra na keyboardzie)</p> <p>S, 10 (w pewnym momencie chłopiec, zauważył, że prowadzący starał się go naśladować w sposób ruchowy i muzyczny, tworząc na bębnie)</p>
--	---	---

	<p>11, 3 (po kilku werbalnych wskazówkach, wrócił do grania na bębnie; rozpoczął od takiego samego schematu rytmicznego co poprzednio – w tym czasie to terapeuta słuchał chłopca)</p> <p>11, 36, 32 (pod koniec sesji, zareagował na polecenie sprzątania, choć wyraził chęć kontynuowania zabawy z piórkami)</p> <p>8 (nawiązywał kontakt wzrokowy podczas piosenki pożegnalnej)</p> <p>4, 31, 9 (w trakcie sesji, często wypowiadał spontaniczne komentarze: „To już koniec, tak szybko?”; „Jestem Damian”; parokrotnie: „Uśmiechnij się”)</p> <p>26 społeczno-emocjonalnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>16 komunikacyjnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p>	<p>8, 13 (nawiązywał kontakt wzrokowy z terapeutą oraz uśmiechał się)</p> <p>JJ (po chwili zaakceptował grę terapeuty na jednym instrumencie)</p> <p>U, 27, 28 (pojawily się aktywności związane ze wspólnym odzwierciedlaniem odgłosów; u chłopca przyjmowały one formę wokalizacji, gaworzenia)</p> <p>8 (podążał wzrokiem za śmiesznymi minami terapeuty)</p> <p>13, 16 (uśmiechał się, odczuwał radość ze wspólnej muzycznej wymiany)</p> <p>36, JJ (chłopiec skierował się do wyjścia, ale za namową terapeuty pozostał w sali)</p> <p>21 (usiadł na kolanach terapeuty)</p> <p>23 społeczno-emocjonalne pożądanę relacyjne zachowania muzyczne</p> <p>8 komunikacyjnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p>
--	---	---

KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:

3 – odpowiada na komunikat; **4** – tworzy spontaniczne komunikaty; **5** – inicjuje rozmowę/interakcję; **6** – nawiązuje relację; **7** – nawiązuje dialog i potrafi go podtrzymać; **8** – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; **9** – reaguje na swoje imię; **10** – obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim; **11** – reaguje na sygnały z otoczenia; **12** – pojawia się społeczny uśmiech względem terapeuty; **13** – wyraża zadowolenie; **16** – wyraża pozytywny stosunek do terapeuty i do sytuacji terapeutycznej; **19** – wyraża niezgodę w pewnych sytuacjach; **21** – lubi kontakt fizyczny

A – patrzy na twarz osoby, która śpiewa lub gra

H – improwizuje ruchowo/instrumentalnie/wokalnie interaktywnie z grą /śpiewem terapeuty

O – uderzenia w instrument wskazują na ograniczoną, ale sprecyzowaną muzyczną odpowiedź ze zmianami muzycznymi, które podtrzymują muzyczną aktywność

M – zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty

U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę

S – ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń

JJ – akceptuje sytuację terapeutyczną bez niepokoju i stresu

KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:

25 – wykorzystuje werbalne formy komunikacji; **27** – gaworzy; **28** – wokalizuje; **30** – łączy słowa

<p>w zdania; 31 – posiada bogate słownictwo i je rozumie; 32 – posiada umiejętność produkowania jasnych komunikatów werbalnych mających na celu wyrażenie chęci/wyboru/potrzeby; rozumie pytania/polecenia; 36 – reaguje na polecenia</p> <p>P – ukazuje zainteresowanie zagranie na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale)</p>		
<p>Niepożądane zachowania muzyczne</p>	<p>E, C, 14 (chłopcu trudno było się skupić i często się rozpraszał)</p> <p>15, 12 (w momentach przerwy pomiędzy aktywnościami, chłopiec skupiał się na skakaniu na materacu)</p> <p>C, 14 (zabawa z biegiem czasu sprawiła, że chłopiec był bardzo pochłonięty aktywnością i nie zważał na polecenia terapeuty – dwukrotnie)</p> <p>O, 16 (po minucie aktywności, chłopiec wydawał się znużony dalszymi działaniami, ale wytrzymał do końca ich trwania)</p> <p>E, C (schował się pod materac i nie zgadzał się stamtąd wyjść)</p> <p>14, D (chłopiec stawał się coraz bardziej rozporoszony)</p> <p>O (był nadmiernie zainteresowany spadającym z nosa piórkiem, stąd trudno było go zachęcić do podążania za terapeutą i wskazywania innych części ciała)</p> <p>13 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>1 motoryczne niepożądane zachowanie muzyczne</p>	<p>F (nie chciał się zaangażować w działania muzyczne i inne działania)</p> <p>B (wydawał się zmęczony)</p> <p>12, Q, M (zafiksował się na jednej piosence, nie zwracał uwagi na muzyczny materiał prowadzącego)</p> <p>15 (nie chciał dalej uczestniczyć – werbalnie komunikował, że pragnie odpocząć)</p> <p>5 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>1 motoryczne niepożądane zachowanie muzyczne</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>14 – szybko się rozprasza; 15 – nie jest zainteresowany uczestniczeniem w sesji lub w danym działaniu; 16 – potrzebuje wsparcia wskazówek fizycznych, aby wykonać daną czynność</p> <p>B – jest całkowicie niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>C – jest częściowo niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>D – wydaje się niechętny do angażowania się w tworzenie</p> <p>E – powstrzymuje się od wspólnej aktywności</p>		

F – nie śpiewa, nie używa instrumentów

M – nie wsluchuje się w odbywające się działania

O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się

Q – nie reaguje na zmiany muzyczne

KATEGORIA MOTORYCZNA:

12 – ograniczone zainteresowanie dla określonych czynności/przedmiotów

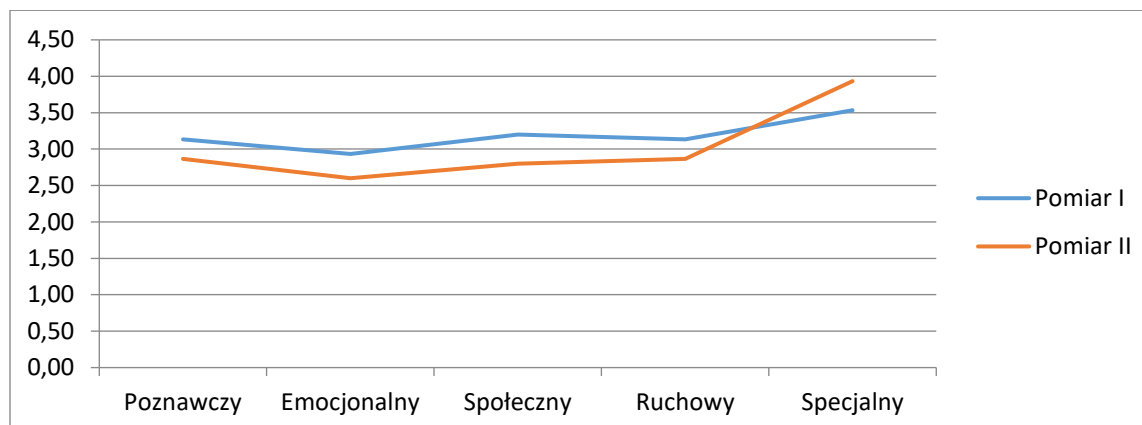
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>13 (po jakimś czasie odszedł od terapeuty, zaczął skakać na materacu)</p> <p>K, 17 (terapeuta dołączył do improwizacji wokalnie, ale chłopiec był bardziej skupiony na swojej grze, nie na elementach wokalnych terapeuty)</p> <p>B (czasem uderzał w bęben chaotycznie, dość impulsywnie)</p> <p>1, 6 (około czwartej minuty, pojawiło się zachowanie uciekające od aktywności – skakanie)</p> <p>L, 5 (z biegiem czasu zabawa sprawiła, że chłopiec był bardzo pochłonięty aktywnością i nie zważał na polecenia terapeuty – dwukrotnie)</p> <p>6 (pomiędzy aktywnościami, na siłę zwracał się do drugiego chłopca – wydawał się względem niego natarczywy)</p> <p>17, K (nie reagował na muzyczne propozycje terapeuty)</p> <p>1, 6 (po dość niestabilnej grze, chłopiec wrócił do skakania na materacu)</p> <p>K, B, 31 (w pewnym momencie prowadzący, włączył się do gry na bębnie, wraz z wokalizacjami; w tej chwili, chłopiec zaczął grać głośno, szybko i niestabilnie)</p> <p>K (z biegiem improwizacji chłopiec nie zwracał uwagi na muzyczne działania prowadzącego)</p> <p>C, A (odszedł od wspólnej gry)</p> <p>5 (narzucał się drugiemu chłopcu, nie</p>	<p>B (prowadzący odzwierciedlał tempo chłopca, jednakże pozostałe elementy były nie do uchwycenia, ze względu na impulsywność i chaotyczność gry dziecka)</p> <p>17, 5, 24, K (chwilę później, terapeuta zaproponował piosenkę o zwierzętach – chłopiec nie zareagował, zaczął rzucać palczkami, tracąc kontakt z terapeutą i z otoczeniem)</p> <p>6 (powtarzał dany schemat melodyczno-rytmiczny przez pewien czas; naciskał wszystkie białe klawisze od górnego rejestru po sam dół)</p> <p>H, 24 (nie pozwolił terapeutce zaangażować się w grę na pianinie)</p> <p>6 (powracał do grania wcześniejszej sekwencji melodyczno-rytmicznej)</p> <p>13, 31 (terapeuta dołączył do muzycznej aktywności i starał się naśladować wokalnie, wszelką instrumentalną ekspresję chłopca; ten odszedł od jakichkolwiek aktywności muzycznych)</p> <p>6 (ponownie koncentrował się na graniu pojedynczych dźwięków od górnego rejestru do dolnego – wtedy nie reagował na muzyczną ekspresję terapeuty)</p> <p>H, 24 (, chcąc włączyć się w grę na pianinie, terapeuta wykorzystał muzyczny schemat chłopca i zaczął grę; chłopiec początkowo nie pozwolił na wspólną grę – odrzucił ją)</p> <p>13, 17, 31 (terapeuta wprowadził nowe</p>
---	--	---

	<p>respektując jego odmowy – przytulał się nadmiernie, całował go)</p> <p>B, 33 (chłopiec szybko podbiegł do bębna i zaczął w niego chaotycznie uderzać)</p> <p>1, 4 (przy wyjściu z sali, wprowadził bęben w ruch wirowy – był nim bardzo pochłonięty)</p> <p>10 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>14 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>	<p>elementy wspólnej gry – starał się wprowadzić elementy dialogu na klawiszowym instrumencie, w którym jedna osoba gra, a druga słucha; niestety wystąpił brak reakcji na taką formę zabawy)</p> <p>10 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>7 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>13 – nie nawiązuje kontaktu z terapeutą – wycofanie; 24 – odrzuca, odpycha terapeutę; 31 – brak naprzemienności w zachowaniu; 33 – brak kontroli emocjonalnej (nadmierna euforia, agresja, płacz, krzyk, pobudzenie)</p> <p>A – nie używa instrumentów – brak aktywności, relacji</p> <p>H – reaguje negatywnie na narzucające muzyczne działania terapeuty, które mogą wywołać u dziecka panikę/furię</p> <p>K – nie reaguje na wprowadzone przez terapeutę zmiany muzyczne</p> <p>KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:</p> <p>1 – zachowania stereotypowe – ruchowe; 4 – porusza przedmiotami w sposób stymulacyjny; 5 – nadmierne interesowanie się pewnymi czynnościami/zachowaniami; 6 – ograniczone interesowanie się pewnymi czynnościami lub przedmiotami; 17 – nie reaguje na sygnały z otoczenia</p> <p>B – uderza w instrument w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna</p> <p>C – milczy, jest nieaktywny</p> <p>L – nie reaguje na polecenia</p>		

Podsumowanie wyników

Na wykresie SOZ-D (tabela 21) można dostrzec, że Damian pogorszył swoje funkcjonowanie w czterech sferach rozwojowych, natomiast wyraźnie się polepszyła sfera specjalna. Przedstawiony w tabeli 21 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 21. Przypadek Damiana – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła aż 26, natomiast na ostatniej sesji zmalała do 18. Tak więc w tej sferze pojawił się spadek. Z kolei w sferze społecznej można dostrzec nieznaczną poprawę: w pierwszym pomiarze odnotowano 21 aktywności, w drugim natomiast 23. Jeśli chodzi o zachowania oparte (w tym przypadku) na odrzuceniu oraz ograniczonych zachowaniach, liczba ta nieznacznie się zmniejszyła. W pierwszym pomiarze pojawiło się 12 zachowań o charakterze niepożądanym, natomiast w postępie ich liczba zmalała do 10.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczeniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze za brak muzycznej odpowiedzi otrzymało aż 13 pkt. Za komunikacyjne zachowania względem terapeuty dziecko otrzymało 4 pkt. Chłopiec uzyskał 9 pkt za działania o ograniczonej aktywności ekspresyjnej. Podczas drugiego pomiaru we wszystkich obszarach wystąpiła tendencja wzrostowa. Pojawiło się aż 16 zachowań o wymiarze negatywnym oraz 8 zachowań opisywanych jako pozytywne przejawy rosnącej interakcji muzycznej. Ponadto (podobnie jak w pomiarze I) odnotowano działania o ograniczonej aktywności, jednak liczba tych zachowań (w porównaniu do pomiaru I) zmalała do 5. Analiza skali I pokazuje różnice w liczbie zachowań pożądanых i niepożądanых. Porównując dane z pierwszego i drugiego pomiaru, dostrzegamy, że w drugiej obserwacji wzrosła liczba zachowań pożądanых i niepożądanых.

Podobne wnioski można wysunąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej działań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach względem terapeuty – 16 pkt. Za działania związane

z przerwana muzyczną percepcją wystąpił 1 pkt, a za aktywności oparte na zaangażowaniu się w muzyczną relację i pokazujące wzrost muzycznej świadomości – 11 pkt. W drugim pomiarze w stosunku do pierwszego odnotowano wzrost zachowań ukazujących możliwości budowania i inicjowania muzycznego kontaktu za pomocą wielu form ekspresji (14 pkt). Wzrosła również liczba zachowań opartych na braku reakcji (17 pkt). Zmalała natomiast liczba zachowań związanych z przerwana muzyczną percepcją (0 pkt). Podobnie jak w przypadku skali I, wyniki tej skali wskazują na wzrost pożądanych i niepożądanych zachowań muzycznych.

Podobne rezultaty wynikają z liczbowych zestawień poszczególnych kategorii badawczych. Sfera poznawcza i motoryczna znacznie się pogorszyły. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej odnotowano 33 zachowania, w drugim 20. W sferze motorycznej podczas pierwszej obserwacji wystąpiło 17 aktywności, w drugim – 4. Sfera społeczno-emocjonalna i sfera komunikacyjna również uległy pogorszeniu. Podczas pierwszego pomiaru w sferze społeczno-emocjonalnej było 26 zachowań, w drugim pomiarze 23 (czyli nieznaczny spadek). Sfera komunikacyjna pogorszyła się z 16 zachowań (pomiar I) na 8 (pomiar II). W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 13 obecności (pomiar I) i 5 (pomiar II), co pokazuje widoczny spadek zachowań niepożądanych. Natomiast w sferze motorycznej w pierwszych i drugim pomiarze wystąpiła 1 aktywność. W odniesieniu do niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych z obszaru społeczno-komunikacyjnego w pierwszym pomiarze odnotowano 10 aktywności, a w drugim pomiarze liczba ta wyniosła tyle samo. W przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym ich liczba w pierwszym pomiarze wyniosła 14 (pomiar I), a później zmalała do 7 (pomiar II). Podobnie jak w skalach I i II, dane z kategorii badawczych ukazują spadek zarówno zachowań pożądanych, jak i niepożądanych.

Tabela 22. Przypadek Damiana – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	+
		gaworzenie	–	+
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	–	–
		łączenie słów/zdania	++++++ (Chcę zagrać na	++++ (słowa piosenki

			gitarze”; „Załapałem, udało mi się”; „Chcę grać na bębnie”; „Zagrałem 10 razy; „Udało mi się”; „Uśmiechnij się”	<i>Kiedy jesteś sam</i> ; piosenka zapropionowana przez chłopca; piosenka pożegnalna; piosenka wyliczanka)
		neologizmy	—	—
		odwrócone zaimki	—	—
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	+ + + + +	+ + +
		identyfikacja	+ + + + + („nie”; „nos”, „głowa”, „ucho”, „sprzątanie”; swoje imię)	+ + + + + + + („nie”; słowa piosenki chłopca; słowa piosenki wyliczanki; „odpoczywać”; „zmęczony”; słowa piosenki pożegnalnej; piosenka <i>Kiedy jesteś sam</i>)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	+	—
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	+ + + + + (1 krok)	+
		odpowiedzi „tak”/„nie”	+ + (1 krok)	+
		odpowiedzi na pytania otwarte	—	+
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	+ + (powitanie i pożegnalnie – werbalnie)	+
		odbiór/odpowiedź na komunikat	+ + + + + + +	+ + + +
		spontaniczne komentarze	+ + +	—
		inicjowanie rozmowy	—	—

		brak kontaktu wzrokowego	–	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	–	–
		właściwy kontakt wzrokowy	++	+
		reakcja na imię	+	–
		obserwowanie innych	–	+
		naśladowanie innych	+	++
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	+++	++++++
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	–	–
		społeczny uśmiech	+	+
		śmianie się	+	+
		właściwa interakcja	–	+++
		naprzemiennosc stron	–	++
		inicjowanie zmian	–	–
	zachowanie	stymulacja słuchowe	–	–
		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–
		poruszanie przedmiotami	+	–
		stymulacje węchowe	–	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	–	–
	inne zachowania	agresja	–	–
		działania destrukcyjne	–	–
		Działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	++++++	+++++
		odrzućcie	+++	+++++
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	2	2
		niepewna akceptacja (2a)	0	3
		duża sprzeczność – odrzucenie (2b)	1	0

		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	9	5
		aktywny rozwój interakcji (4)	3	6
		praca nad relacją (5a)	0	1
		muzyczna asertywność (5b)	0	0
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	1	1
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	0
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzucenie (1b)	3	4
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu (2)	1	2
		działania wymijające i obronne (3)	4	4
		przekora i/lub manipulacja (4)	0	0
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	2	1
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
	Skala NR II	brak odpowiedzi muzycznej (1)	11	11
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	5	6
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	6	0
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	4	6

		przerwana muzyczna percepcja (4b)	1	0
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	1
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	0	2
		wzrastające zaangażowanie (5c)	1	2
		uczestnictwo w interakcji (6a)	0	2
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	0	1
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	0	0
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	0	0
		entuzjazm z muzycznej ekspresji (7b)	0	0
Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	33	20
		MOTORYCZNA	17	4
	pożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	26	23
		KOMUNIKACYJNA	16	8
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	13	5
		MOTORYCZNA	1	1
	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	10	10
		KOMUNIKACYJNA	14	7

Podsumowując zmiany, które pojawiły się w rozwoju chłopca, warto wskazać zmniejszenie się liczby zachowań niepożądanych, jednak przy jednoczesnym zmniejszeniu się zachowań pożądanych. Chłopiec pod koniec badania oraz na ostatniej sesji był przemęczony nadmiarem zajęć i przebytych wcześniej chorób, dlatego nie chciał się angażować w działania muzyczne. Wyraża potrzebę odpoczynku, którą komunikował,

wysuwała się na pierwszy plan. Dopiero podążanie za chłopcem i jego potrzebami sprawiło, że zaczął się angażować w poszczególne działania: dołączył się do piosenki wyliczanki (*Raz i dwa, pewna pani miała psa*), reagując na mimikę terapeuty, modulację jego głosu; reagował na wspólną rozmowę o piosence; śpiewał piosenkę *Kiedy jesteś sam* (znaną z poprzednich sesji), w ramach której chłopiec naśladował zmiany muzyczne i wykorzystywał je do swojej wokalne ekspresji (były momenty, w których nawet stawał się solistą). Improwizacja oparta na wspólnym odzwierciedlaniu odgłosów spowodowała, że Damian zaczął się uśmiechać, odczuwać radość ze wspólnej muzycznej wymiany (z biegiem czasu usiadł na kolanach terapeuty). Zmęczenie i przeciwności psychofizyczne sprawiły, że chłopiec zamykał się na wspólne działania z terapeutą. Czasem zafiksowywał się na danej piosence, nie zwracając uwagi na terapeutę. Podczas jednej z ostatnich improwizacji jego gra była impulsywna i chaotyczna, a nawet przerodziła się w rzucanie pałeczkami po sali. Z kolei improwizacja na pianinie była manifestem samodzielności Damiana i chęci eksploracji tworzonych przez siebie schematów melodyczno-rytmicznych, przez co nie dopuszczał terapeuty do wspólnej gry. W miarę muzycznego odreagowania gra chłopca stawała się bardziej stabilna i uporządkowana, przez co terapeuta dołączył się do improwizacji na innym instrumencie. Pod względem muzycznym chłopiec śpiewał piosenki zachowując melodię, zasięg interwałów oraz rytm. Nie miał trudności z przyswojeniem sobie nowych piosenek, zwłaszcza tych, które mu się podobały. Reagował na muzyczne zmiany, zwłaszcza harmoniczne i dynamiczne. Jego rozwój muzyczny, zdolność naśladowania schematów rytmicznych, melodycznych, zapamiętywania słów piosenek powodowały, że pomimo ograniczeń psychofizycznych, chłopiec – na ile było to możliwe – angażował się w muzyczny materiał wraz z terapeutą, nawiązując z nim muzyczną i słowną relację. Dla Damiana działania oparte na odtwarzaniu znanych piosenek, zabawach z nimi związanych, słuchaniu ich, a potem wykonywaniu były formą rozwoju społecznego, komunikacyjnego oraz poznawczego. Choć czasem znane piosenki przyczyniały się do wycofania się dziecka, to wcześniej skomponowane piosenki pobudzały chłopca do wspólnej aktywności z terapeutą. Zarówno improwizacja, jak i tworzenie stanowiły momentami źródło muzycznej naprzemienności, ale na bardzo krótki czas i prowadziły do wystąpienia u Damiana zachowań niepożądanych. Działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały na chłopca, były: działania odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna, społeczno-emocjonalna oraz komunikacyjna), improwizacyjne i twórcze (w małym stopniu społeczno-emocjonalna).

4.1.5 Przypadek Macieja

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Maciej (6 lat) jest chłopcem ze zdiagnozowanym autyzmem wczesnodziecięcym. W okresie prowadzenia badania chłopiec uczęszczał do przedszkola integracyjnego z oddziałami specjalnymi – do grupy dla dzieci autystycznych. Chłopiec jest na diecie eliminacyjnej (bez glutenu, cukru i mleka). W obszarze poznawczym pozostaje na początkowym etapie myślenia przedoperacyjnego. Jest spostrzegawczy, ma dobrą pamięć długotrwałą, ale duże trudności z pamięcią krótkotrwałą. Koncentracja dziecka jest zmienna. Potrafi skupiać się na zadaniach, które sprawiają mu przyjemność. Pod względem ruchowym (motorycznym) rozwój Maćka jest nieharmonijny i znacznie opóźniony. Ma duże trudności z planowaniem ruchu, preferuje bieganie. Zauważa się również trudności w obszarze motoryki małej. Rozwój społeczny jest również opóźniony. Maciek nie nawiązuje relacji z rówieśnikami, bardziej interesują go przedmioty niż osoby. Kontakty z dorosłymi są raczej poprawne, gdy chłopiec pracuje zadaniowo pod kierunkiem osoby dorosłej. Czasem zdarzają się zachowania niepożądane związane z agresją względem osób dorosłych (nauczycieli) – bije, kopie lub gryzie.

U dziecka stwierdzono ponadto wiele sensoryzmów, takich jak: wysoka nadwrażliwość na dźwięki, zaburzenia przedsionkowe (np. kołysanie się, skakanie), zaburzenia czucia głębokiego (np. objawiające się upadaniem na kolana z całych sił), zaburzenia węchowe (np. objawiające się wachaniem wszystkich przedmiotów) oraz stymulacje wzrokowe. Pojawiają się również zachowania powtarzające się, takie jak: dociskanie uszu, upadanie na kolana czy kołysanie się na krześle. Zachowania autoagresywne nie występują. Wymienione zachowania niepożądane pojawiają się w momentach, kiedy dziecko nie dostaje tego, czego chce. Maciek bardzo nie lubi nowych sytuacji, na które reaguje niepokojem i stymulacjami ruchowymi. Chłopiec ma też trudności z motywacją, stąd praca edukacyjna i terapeutyczna z dzieckiem wymaga dostarczania mu nagród w postaci huśtania się lub słuchania muzyki.

Pod względem komunikacyjnym chłopiec zaczyna wypowiadać pierwsze słowa. Posługuje się niektórymi gestami, symbolami PCS (Picture Communication System) oraz symbolami w tablecie. W przedszkolu i w domu posługuje się planem aktywności opartym na symbolach. Lubi się bawić kolorowymi patykami, katalogami z próbkami tapet i tkanin. Nie lubi hałasu. Ma dużą potrzebę ruchu – często biega, huśta się, wspina na drabinki, bawi się w piasku. Chłopiec w przedszkolu oraz w innych ośrodkach uczęszcza na inne terapie:

logopedię, terapię behawioralną, terapię zajęciową, terapię pedagogiczną, hipoterapię oraz terapię psychologiczną.

Maciek nigdy wcześniej nie uczestniczył w działaniach muzykoterapeutycznych, jednak wykazuje duże zainteresowanie muzyką. Bardzo lubi zajęcia związane z muzyką i ruchem. Kiedy może wybrać rodzaj aktywności, wybiera słuchanie muzyki. Długo i z uporem szuka na płycie tej muzyki, którą wybrał. Na pytanie: *Jaki rodzaj muzyki dziecko preferuje najbardziej?* nauczyciel wskazał piosenki dla dzieci, muzykę klasyczną, jazz, country. Na pytanie dotyczące tego, czego nauczyciel oczekuje od interwencji terapeutycznej, wymienił on poprawę relacji społecznych oraz wzrost komunikacji.

Pierwsza rejestrowana sesja

Maciek nie reagował na polecenia terapeuty, dopiero za drugim razem chłopiec usiadł na wyznaczonym miejscu, ale tylko na chwilę – cały czas zajmował się roletą z okna – to za nią wchodził, to znów zza niej wychodził [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1a O; NR II: 1/ruch]. Robił tak wielokrotnie. Nie zareagował na piosenkę powitalną pomimo wizualnej wskazówki terapeuty pokazującego klaskanie w dłonie. Odszedł do swojej czynności [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Potem znów powrócił na bardzo krótki czas, by zagrać na gitarze trzy razy, po czym znów odszedł od aktywności muzycznej [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I U; NR II: 2/instr.]. Nie reagował na pytania terapeuty. Chłopiec w żaden sposób nie był aktywny pod względem muzycznym. Dopiero około czwartej minuty zaczął angażować się w zabawę z bębniem, w której terapeuta podkładał chłopcu instrument do grania – były to trzy wymiany z instrumentem [ADSA: podążanie za wskazówkami z werbalnymi i fizycznymi wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.], po czym powrócił do okna [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Maciek potrzebował fizycznej motywacji, aby zwrócić uwagę na coś innego niż okno (czyli przezwyciężyć fiksację). Po pewnym czasie chłopiec zaczął dotykać gitary i od czasu do czasu szarpał struny (krótkotrwałe działanie) [NR II: 2/instr.]. Pojawiło się kolejne niekomunikacyjne zachowanie w postaci skakania na materacu – naśladował w tym innego chłopca również obecnego na sesji [ADSA: stymulacje ruchowe; NR I 1 U; NR II: 1/ruch]. Terapeuta podążył za wyborem chłopców i zaproponował wspólne skakanie z instrumentami. Terapeuta rozdał janczary i włączył się do skakania, tworząc improwizację *a cappella* o skakaniu i opadaniu na materac. Chłopiec potrzebował wsparcia ze strony terapeuty, zwłaszcza w działaniach ruchowych [ADSA: podążanie za wskazówkami z werbalnymi i fizycznymi wskazówkami; odbiór komunikatu niewerbalnie;

NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Nie odpychał terapeuty, tolerował jego aktywność względem swojej osoby. Śmiał się [ADSA: śmianie się]. Nie reagował na polecenia związane z instrukcjami zawartymi w piosence – podskakiwał oraz opadał kolanami na materac [ADSA: stymulacje ruchowe; NR I U; NR II: 1/ruch]. Taka sytuacja pojawiła się dwukrotnie. Po pewnym czasie chłopiec wskazał gestem chęć kontynuowania zabawy w skakanie. Wskazywał tak trzykrotnie, za każdym razem rozumiejąc zadawane przez prowadzącego pytanie: „Czy skaczemy jeszcze raz?” [ADSA: odbiór komunikatu AC; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch]. Podczas ostatniego skakania chłopiec nawiązywał kontakt wzrokowy z terapeutą [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy], później powrócił do zachowania z początku sesji – wchodzenie za roletę okna [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Nie reagował na zaczepki drugiego chłopca, który dość natarczywie chciał zwrócić na siebie jego uwagę.

Podczas kolejnej zabawy (tańca) kierowanej przez terapeutę chłopiec podążał za fizycznymi instrukcjami terapeuty (bez asysty terapeuty prawdopodobnie skierowałby się do powtarzającej się czynności) [ADSA: podążanie za wskazówkami z wieloma fizycznymi wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Nawiązywał kontakt wzrokowy, uśmiechał się [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; uśmiech społeczny]. Nie reagował na słowo „bam”, które oznaczało zatrzymanie się i opadnięcie na materac. Stał w miejscu [NR I: 1a O; NR II: 1/ruch]. Podczas podobnej aktywności – piosenki *Kółko graniaste* – chłopiec, ponownie kierowany przez prowadzącego, był zdyscyplinowany i bardziej spokojny [ADSA: podążanie za wskazówkami z wieloma fizycznymi wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Na słowo „bęć” zareagował prawidłowo – opadając na materac. Po wspólnym tańczeniu nastąpiła chwila ciszy, w której Maciek patrzył na terapeutę i pokazywał, że jest cicho – nie ma muzyki, ani aktywności [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; identyfikacja „cicho”; NR I: 2a U; NR II: 4a/ruch]. Po pewnym czasie chłopiec ponownie wskazywał gest „jeszcze”, sygnalizując chęć kontynuowania zabawy [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru AC; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch]. Uśmiechał się [ADSA: uśmiech społeczny], po czym skierował się do powtarzającej się czynności [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch].

Około szesnastej minuty terapeuta zainicjował kierowaną improwizację na wielkim bębnie. Maciek zareagował na zachętę terapeuty, aby dołączyć do gry [ADSA: odbiór komunikatu z werbalną wskazówką; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Trudno było skupić uwagę chłopca na dłuższą chwilę – wykonał tylko kilka uderzeń, które w żaden sposób nie były powiązane z treścią muzyczną graną przez terapeutę [NR I: 1 U; NR II: 1/instr.]. Po kilku

sekundach udał się do okna [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 2b U; NR II: 1/ruch]. Prowadzący ponownie zmobilizował chłopca do aktywności związanej z grą na bębnie. Maciek poddał się namowom terapeuty [ADSA: podążanie za wskazówkami werbalnymi i fizycznymi], ale tylko na chwilę. Potem uciekł [NR I: 2b U; NR II: 2/ruch]. Około osiemnastej minuty biegał po sali (jego bieg nie wykazywał muzycznych powiązań) [ADSA: stymulacje ruchowe; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch].

W dwudziestej minucie trwania sesji inny chłopiec zainicjował zabawę w chowanego. Na pytanie terapeuty: „Gdzie jest Damian?” Maciek poprawnie wskazał miejsce [ADSA: odbiór komunikatu niewerbalnie; NR I: 4 U; NR II: 3/ruch].

Maciek samodzielnie nie reagował na dalsze działania związane z zabawą z piórkami. Włączył się do zabawy dopiero za namową innego chłopca [ADSA: podążanie za wskazówkami werbalnymi]. Manipulował piórkami. Czasem obserwował terapeutę, który śpiewał o piórkach i dmuchał w nie [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 2a U; NR II: 2/ruch]. Improwizowana piosenka o częściach ciała pomogła dziecku utrwaląc wiedzę o częściach ciała, które pokazywał po werbalnej wskazówce prowadzącego [ADSA: podążanie za wskazówkami werbalnymi] (pokazał tylko dwie części ciała z czterech wymienionych w piosence: nos i ucho; na dalsze nie reagował) [ADSA: identyfikacja: „nos” i „ucho”; NR I: 3 U; NR II: 2/ruch]. Blisko końca sesji terapeuta zaczął śpiewać piosenkę o sprzątaniu – po jednej słownej wskazówce Maciek zaczął sprzątać piórka do woreczka [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną werbalną wskazówką; identyfikowanie „sprzątać”].

Podczas piosenki pożegnalnej chłopiec słuchał terapeuty i obserwował go [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 2a U; NR II: 1/ruch]. Pod koniec Maciek zasygnalizował gestem „jeszcze”, na co prowadzący pokazał gest „koniec”, który chłopiec powtórzył [ADSA: odbiór komunikatu AC; identyfikacja „koniec”; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch].

Ostatnia rejestrowana sesja

Podczas śpiewania piosenki powitalnej przez prowadzącego chłopiec był skupiony [ADSA: reakcja na powitanie niewerbalnie]. Obserwował i słuchał [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 2a U; NR II: 1/ruch]. W przerwach między czynnościami odchodził od terapeuty i przechadzał się po sali lub skakał [ADSA: stymulacje ruchowe; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Po chwili pojawiła się eksploracja bębna i pałeczek w formie improwizacji. Improwizacja była krótka, dość chaotyczna, ale intensywna [ADSA: podążanie za wskazówką werbalną; NR I: 3 U]. Gra chłopca często przybierała formę odreagowania napięcia i/lub

formę stymulacji, w której towarzyszył mu terapeuta [ADSA: stymulacja ruchowa; NR I: 1 U; NR II: 1/instr.]. Podczas jednej z improwizacji prowadzący wprowadził element pokazywania wybranych części ciała, jednak chłopiec nie zwracał uwagi na wokalne polecenia terapeuty [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Cały czas szukał instrumentów (klawesy, dzwonki, małe talerzyki) – dzięki nim urozmaicał swoje wypowiedzi muzyczne, ale przez to były one także chaotyczne i nierównomierne (np. chłopiec skupiał się na grze na jednym instrumencie, po czym szybko go zmieniał i ponownie rozpoczynał instrumentalną aktywność, niezwiązana jednak z muzycznym materiałem terapeuty) [NR I: 2b U; NR II: 2/instr.].

Ustrukturyzowana zabawa z bębnem, w której terapeuta podawał dziecku instrument w odpowiednich momentach, pozwoliła chłopcu na uporządkowanie umiejętności oraz na skupienie się na jednym instrumencie [ADSA: podążanie za fizycznymi wskazówkami; obserwowanie innych; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Podczas tej zabawy chłopiec rozwijał koordynację wzrokowo-ruchową – kontrolował swoje ruchy. Zabawa odbyła się dwukrotnie. Za każdym razem terapeuta pytał, czy chłopiec chce kontynuować zabawę, posługując się odpowiednim gestem, na który chłopiec odpowiadał, pokazując „jeszcze” [ADSA: odbiór komunikatu AC; identyfikacja zabawy; wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru]. Podczas tej zabawy dziecko utrzymywało kontakt wzrokowy oraz podtrzymywało interakcję [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; właściwa interakcja; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch].

Około dziesiątej minuty prowadzący zainicjował zabawę, która wymagała od chłopca umiejętności naśladowania oraz świadomości przestrzennej („Gramy na klawesach raz, dwa, trzy; teraz gramy u góry, na dole, do przodu, do tyłu i chowamy”). Zabawa trwała około trzech minut – w tym czasie chłopiec naśladował terapeutę i grał na klawesach z wizualnymi i fizycznymi wskazówkami [ADSA: naśladowanie innych; podążanie za wskazówkami werbalnymi i fizycznymi; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.], obserwował terapeutę i starał się za nim podążać [ADSA: obserwowanie innych]. Miał trudności z chowaniem instrumentu za siebie, ale inne komendy starał się powtarzać [NR I: 3 U; NR II: 3/instr.].

Z biegiem sesji terapeuta zaproponował grę na dzwoneczkach sztabkowych. Chłopiec obserwował, jak prowadzący wyciągał dzwonki i układał je w pewnym porządku [ADSA: obserwowanie innych]. Pomimo że Maciek czasem odchodził od aktywności [NR II: 4b/ruch], to po pewnym czasie przychodził i angażował się w tworzenie muzycznego materiału z terapeutą [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 3 U; NR II: 4a/instr.]. Rozpoczynał improwizację na dzwoneczkach powtarzającym się wznoszącym motywem opartym na gamie C-dur. Zagrał tak trzykrotnie z wielką ekspresją ruchową,

z dynamiką forte, na koniec dodając krótkie uderzenia w bęben [NR I: 4 U; NR II: 5c/instr.]. Po krótkim tworzeniu chłopiec zaczął się rozpraszać [NR I: 1 U; NR II: 4b/instr.]. Widząc, że chłopiec nie chciał dłużej uczestniczyć w grze na dzwonkach, terapeuta zaintonował znaną chłopcu piosenkę *Kiedy jesteś sam*. Maciek słuchał, próbując dmuchać w flet prosty, a po chwili przeszedł do kastanietów [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. W pewnym momencie chłopiec z terapeutą byli ze sobą synchronizowani pod względem metrycznym i pulsacyjnym [NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.]. Maciek wygrywał szesnastki, a czasem ćwierćnuty, podążał również za terapeutą pod względem dynamicznym (wyraźnie akcentował różnice pomiędzy forte a piano). Pod koniec odtwarzania piosenki chłopiec zwiększył tempo, kopiując grę prowadzącego [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 5a U; NR II: 5b/instr.].

W dalszej części sesji pojawiła się zabawa w odgadywanie zwierząt. Prowadzący pokazywał zwierzę, a zadaniem chłopca było naśladowanie jego odgłosu. Maciek naśladował dany odgłos tylko wtedy, gdy terapeuta zrobił to najpierw [ADSA: naśladowanie innych; NR I: 3 U; NR II: 3/wokal]. Działanie związane z rozpoznawaniem zwierzęcia z obrazka oraz wydobywanie odpowiedniego dźwięku okazało się jednak zbyt trudne i po paru chwilach chłopiec odszedł od ćwiczenia [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Drugim wariantem zabawy było odnajdywanie zwierząt na obrazkach. Maciek w skupieniu pokazywał, gdzie są zwierzęta – zrobił to przy dwóch, a przy trzecim rozproszył uwagę na inne działania [ADSA: odbiór komunikatu niewerbalnie; podążanie za wskazówkami werbalnymi; identyfikacja zwierząt; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch].

Zbliżając się do końca sesji, prowadzący zaproponował piosenkę *Co to jest?*, w której chłopiec miał wskazywać poszczególne części ciała. Pewnych części ciała nie wskazywał na sobie, tylko na terapeutę (nos, ucho, ręce, nogi) [ADSA: odbiór komunikatu niewerbalnie; NR I: 4 U; NR II: 3/ruch; identyfikacja części ciała]. Brzuch i głowę pokazywał na sobie. Pod koniec piosenki chłopiec miał wskazać siebie w odpowiedzi na pytanie: „Gdzie jest Maciek?”, ale nie zrozumiał polecenia. Innym wariantem powyższej zabawy była gimnastyka ruchowa (popularna piosenka *Głowa, ramiona, kolana, pięty*). Chłopiec pokazywał w tańcu wybrane części ciała, naśladowując terapeutę, ale potrzebował dużo czasu, aby powtórzyć daną czynność [ADSA: naśladowanie innych; odbiór komunikatu niewerbalnie; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch]. Stopniowo nawiązywał kontakt z terapeutą (werbalny i niewerbalny – wzrokowy) oraz uśmiechał się [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; właściwa interakcja; uśmiech społeczny]. Dzięki tym zabawom poprawiał swoją koordynację ruchową oraz kontrolę ruchów.

Pod koniec sesji nastąpiło wspólne sprzątanie instrumentów oraz przygotowywanie się do relaksacji i odpoczynku. Dziecko, podążając za poleceniami prowadzącego, położyło się na poduszce i zaczęło nucić [ADSA: podążanie za werbalnymi wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 3/wokal]. Czasem bawiło się talerzykami od tamburyna [NR II: 1/instr.]. Maciek był świadomy, że to czas odpoczynku [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi]. Po leżeniu terapeuta zainicjował piosenkę pożegnalną, w której motywował i zachęcał chłopca, aby również dołączył się do śpiewania. Za drugim razem chłopiec śpiewał bardzo delikatnie pojedyncze słowa, głównie: „papa”, obserwując terapeutę i nawiązując z nim kontakt wzrokowy [ADSA: słowo „papa”; identyfikacja; właściwy kontakt wzrokowy; obserwowanie innych; reakcja na pożegnanie werbalnie; NR I: 4 U; NR II: 3/wokal]. Na słowo „koniec” Maciek wstał, podał rękę terapeutce i skierował się do wyjścia [ADSA: identyfikacja słowa „koniec”; inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 4 U; NR II: 3/ruch].

Tabela 23. Przypadek Macieja – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (18 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>1, 11, C (zaczął angażować się w zabawę z bębniem, gdy terapeuta podkładał mu instrument do grania – były to trzy wymiany z instrumentem)</p> <p>PP, 32 (potrzebował wsparcia ze strony terapeuty, zwłaszcza w działaniach ruchowych)</p> <p>11, 37, PP (podczas kolejnej zabawy kierowanej przez terapeutę – tańca – chłopiec podążał za fizycznymi instrukcjami terapeuty – bez asysty terapeuty prawdopodobnie skierowałby się do powtarzającej czynności)</p> <p>PP, 38 (gdy był kierowany przez prowadzącego był zdyscyplinowany, bardziej spokojny)</p> <p>10 (manipulował piórkami; czasem obserwował terapeutę, który śpiewał o piórkach i dmuchał w nie)</p> <p>14, C, NN (w improwizacji, pokazywał części ciała po werbalnej wskazówce</p>	<p>1 (podczas śpiewania piosenki powitalnej przez prowadzącego był skupiony)</p> <p>NN (obserwował i słuchał)</p> <p>BB (pojawiła się krótka eksploracja bębna i pałeczek)</p> <p>1, 11, C (ustrukturyzowana zabawa z bębniem, w której terapeuta podawał instrument dziecku w odpowiednich momentach, pozwoliła chłopcu na uporządkowanie umiejętności oraz na skupienie się na jednym instrumencie)</p> <p>35 (podczas zabawy z bębniem starał się kontrolować swoje ruchy w zakresie motoryki małej)</p> <p>2, 10, 11 (prowadzący zainicjował zabawę, która wymagała od chłopca umiejętności naśladowania oraz świadomości przestrzennej („Gramy na klawesach raz, dwa, trzy; teraz gramy u góry, na dole, do przodu, do tyłu i chowamy”); chłopiec powtarzał i grał na klawesach</p>

	<p>prowadzącego)</p> <p>10, NN (podczas piosenki pożegnalnej, słuchał terapeuty i obserwował go)</p>	<p>z wizualnymi i fizycznymi wskazówkami; obserwował terapeutę i starał się za nim podążać)</p> <p>10 (obserwował, jak prowadzący wyciągał dzwonki i układał je w pewnym porządku)</p> <p>HH, DD, EE, CCC (rozpoczął improwizację na dzwonkach, z powtarzającym się wznoszącym motywem, opartym na gamie C-dur,, zagrał tak trzykrotnie ze znaczną ekspresją ruchową, z dynamiką forte, na koniec dodając krótkie uderzenia w bęben)</p> <p>BB, U (słuchał, próbując dmuchać we flet prosty, a po chwili przeszedł do kastanietów)</p> <p>C (naśladował odgłos danego zwierzęcia, gdy terapeuta zrobił to najpierw)</p> <p>1, 10, 18 (drugim wariantem zabawy było odnajdywanie zwierząt na obrazkach; chłopiec w skupieniu pokazywał, gdzie są dwa zwierzęta)</p> <p>10, 14, 34 (pewnych części ciała nie wskazywał na sobie, tylko na terapeucie, takich jak: nos, ucho, ręce, nogi; brzuch i głowę pokazywał na sobie)</p> <p>31, 34, C, QQ (innym wariantem powyższej zabawy była gimnastyka ruchowa do popularnej piosenki <i>Głowa, ramiona, kolana, pięty</i>; chłopiec pokazywał w tańcu wybrane części ciała, naśladując terapeutę, ale potrzebował dużo czasu, aby powtórzyć daną czynność)</p> <p>11, 35 (dzięki zabawom z pokazywaniem części ciała z towarzyszeniem ruchu w odpowiednich partiach chłopiec, poprawiał swoją koordynację ruchową oraz kontrolę ruchów)</p> <p>MM, B (pod koniec sesji, nastąpiło wspólne sprzątanie instrumentów oraz przygotowywanie się do relaksacji)</p>
--	---	---

		<p>i odpoczynku;, podążając za poleceniami prowadzącego, dziecko położyło się na poduszce i zaczęło nucić)</p> <p>I, J, 10 (po leżeniu, terapeuta zainicjował piosenkę pożegnalną, i motywował chłopca, aby włączył się w śpiew; za drugim razem, chłopiec śpiewał pojedyncze słowa bardzo delikatnie, głównie „papa”)</p>
	<p>10 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>6 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>	<p>23 poznawcze pożądane zachowania muzyczne</p> <p>12 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>

KATEGORIA POZNAWCZA:

1 – koncentruje się; **2** – naśladuje; **10** – przetwarza zmysłowo: obserwuje/słucha/dotyka; **14** – wskazuje części ciała; **18** – rozpoznaje zwierzęta (nazwy/odgłosy); **37** – stara się zrozumieć obowiązujące zasady

B – wokalizuje

C – powtarza muzyczne działania terapeuty

I – mamrotanie/nucenie opiera się na melodycznej intonacji

J – używa prostych słów, kiedy wokalizuje znaną piosenkę

BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie

EE – stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumencie

HH – gra proste sekwencje na dzwonkach lub innych instrumentach

NN – słucha i odbiera interesujący go materiał muzyczny

CCC – pomysłowość dziecka i ekspresja ukazywane są poprzez melodyczne, harmoniczne, rytmiczne zmiany i/lub dobór instrumentów

KATEGORIA MOTORYCZNA:

11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową

31 – wykorzystuje ręce adekwatnie do przeznaczenia; **32** – wykorzystuje nogi adekwatnie do przeznaczenia; **34** – samodzielnie wykonuje działania ruchowe; **35** – kontroluje swoje ruchy podczas aktywności/sesji; **38** – uspokaja się pod wpływem działań terapeutycznych

U – używa rąk, by zagrać na instrumencie przez krótki czas

DD – chwytą pałkę i używa jej do grania

MM – uspokaja się w trakcie sesji

PP – toleruje rytmiczne poruszanie częściami ciała z terapeutą **QQ** – porusza częściami ciała w stałym rytmie i/lub pulsie

Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>3, 13, 24 (nie odpychał terapeuty, tolerował jego aktywność względem siebie; śmiał się)</p> <p>3, 14, 33, 34 (po pewnym czasie, wskazywał gestem chęć kontynuowania zabawy w skakanie; wskazywał tak trzykrotnie, za każdym razem rozumiejąc zadawane przez prowadzącego pytanie „Czy skaczymy jeszcze raz?”)</p> <p>8 (nawiązywał kontakt wzrokowy)</p> <p>8, 13 (nawiązywał kontakt wzrokowy, uśmiechał się)</p> <p>11 (na słowo „bęc” zareagował prawidłowo – opadając na materac)</p> <p>33 (po wspólnym tańczeniu, nastąpiła chwila ciszy, w której chłopiec patrzył na terapeutę i pokazywał, że jest cicho – nie ma muzyki, ani aktywności)</p> <p>34 (po pewnym czasie ponownie wykonał gest „jeszcze”, sygnalizując chęć kontynuowania zabawy)</p> <p>13 (uśmiechał się)</p> <p>11 (zareagował na zachętę terapeuty, aby dołączył do gry)</p> <p>3, 33 (niewerbalnie wskazywał i odpowiadał na pytania dotyczące miejsc, w których schował się drugi chłopiec)</p> <p>33, 34 (wskazywał gestem „jeszcze”, na co prowadzący pokazał gest „koniec”, który chłopiec powtórzył)</p> <p>3, 36 (terapeuta rozpoczął piosenkę o sprzątaniu – Maciek zaczął sprzątać piórka do worka)</p> <p>12 społeczno-emocjonalnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>9 komunikacyjnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych</p>	<p>33, 34 (za każdym razem, terapeuta pytał, czy chłopiec chce jeszcze kontynuować zabawę, posługując się odpowiednim gestem, na który chłopiec odpowiadał, pokazując „jeszcze”)</p> <p>8, 37 (podczas tej zabawy utrzymywał kontakt wzrokowy oraz podtrzymywał interakcję)</p> <p>10 (obserwował terapeutę i podążał za nim)</p> <p>O (pomimo, że chłopiec czasem odchodził od aktywności, to po pewnym czasie przychodził i angażował się w tworzenie muzycznego materiału z terapeutą)</p> <p>Q, F, M, S (w pewnym momencie chłopiec i terapeuta byli ze sobą synchronizowani pod względem metrycznym i pulsacyjnym; dziecko wygrywało szesnastki, a czasem ćwierćnuty; podążało również za terapeutą pod względem dynamicznym (wyraźnie akcentowało różnice pomiędzy forte a piano).</p> <p>U (pod koniec odtwarzania piosenki, chłopiec zwiększył tempo, kopiując grę prowadzącego)</p> <p>8, 13, 14 (stopniowo nawiązywał kontakt z terapeutą (werbalny i niewerbalny – wzrokowy) oraz uśmiechał się)</p> <p>JJ (wykazywał świadomość odpoczynku i relaksacji)</p> <p>8 (nawiązywał kontakt wzrokowy z terapeutą)</p> <p>21, 36 (na słowo „koniec”, wstał, podał rękę terapeutce i skierował się do wyjścia)</p> <p>14 społeczno-emocjonalnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych 4 komunikacyjne pożądanых relacyjne zachowania muzyczne</p>
--	--	---

KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:

3 – odpowiada na komunikat; 8 – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; 10 – obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim; 11 – reaguje na sygnały z otoczenia; 13 – wyraża zadowolenie; 21 – lubi kontakt fizyczny; 24 – lubi być wspierany przez terapeutę; 37 – rozwija interakcję

F – uderza zgodnie z metrum/pulsem

O – uderzenia w instrument lub pojawiające się motywy wokalne wskazują na ograniczoną, ale sprecyzowaną muzyczną odpowiedź ze zmianami muzycznymi, które podtrzymują muzyczną aktywność

M – zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty

U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę;

S – ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń

Q – uderzając w instrument, wskazuje na świadome rozpoznanie istotnego elementu muzycznego (metrum)

JJ – akceptuje sytuację terapeutyczną

KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:

14 – werbalnie i niewerbalnie nawiązuje kontakt/interakcję; 33 – wykorzystuje niewerbalne formy komunikacji; 34 – wyraża chęć/wybór/potrzebę poprzez alternatywne formy komunikacji; 36 – reaguje na polecenia

Niepożądane zachowania muzyczne	<p>14 (nie zareagował na piosenkę powitalną pomimo wizualnej wskazówki terapeuty, pokazującego klaskanie w ręce)</p> <p>O (powrócił na bardzo krótki czas, aby zagrać na gitarze trzy razy, po czym znów odszedł od aktywności muzycznej)</p> <p>B (w żaden sposób nie był aktywny muzycznie)</p> <p>O (po pewnym czasie, zaczął dotykać gitary, od czasu do czasu szarpiąc struny – bardzo krótkotrwałe działanie)</p> <p>B (nie reagował na słowo „bam” – stał w miejscu)</p> <p>O (trudno było skupić uwagę chłopca przez dłuższą chwilę, stąd zagrał tylko kilka uderzeń; nie były one w żaden sposób powiązane z treścią muzyczną graną przez terapeutę)</p> <p>O (poddawał się namowom terapeuty w sprawie, powrotu do aktywności)</p>	<p>O (improwizacja była krótka, dość chaotyczna, ale intensywna)</p> <p>O (po krótkim tworzeniu zaczął się rozpraszać)</p> <p>4 (rozpoznawanie odgłosu i jego dopasowanie do zwierzęcia oraz wydobywanie odpowiedniego dźwięku okazało się, zbyt trudne, dlatego po paru chwilach odszedł od ćwiczenia)</p> <p>O (przy pokazywaniu odpowiednich zwierząt, chłopiec z czasem się dekoncentrował)</p> <p>5 (gdy miał wskazać siebie – „gdzie jest Maciek” – „nie zrozumiał polecenia)</p> <p>K (czasem bawił się talerzykami od tamburyna)</p>
---------------------------------	---	--

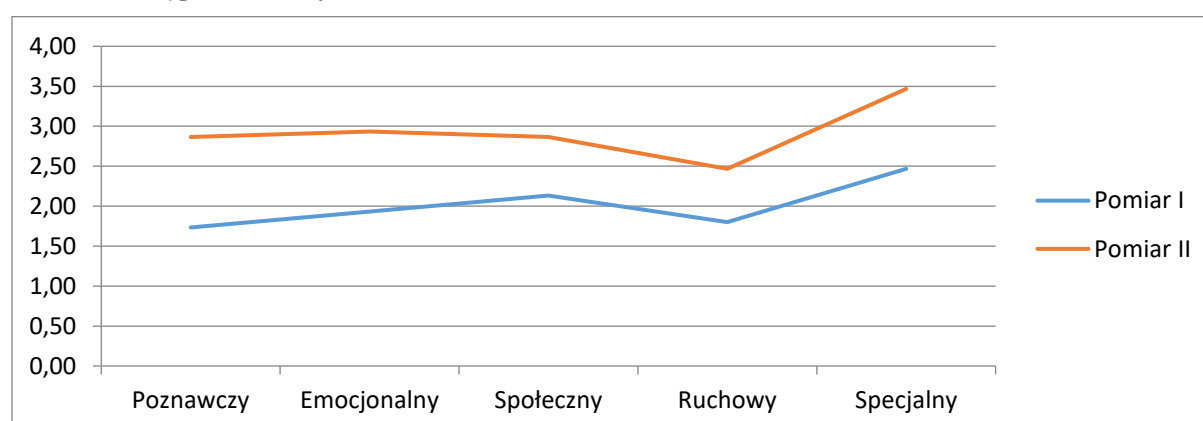
	<p>muzycznej, ale zaangażował się tylko na chwilę)</p> <p>B (biegał po sali – jego bieg nie wykazywał muzycznych powiązań)</p> <p>8 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>0 motorycznych niepożądanych zachowań muzycznych</p>	<p>5 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>1 motoryczne niepożądane zachowanie muzyczne</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>4 – wykazuje obojętność i brak aktywności; 5 – nie rozumie poleceń wydawanych przez terapeutę; 14 – szybko się rozprasza</p> <p>B – jest całkowicie niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA/RUCHOWA:</p> <p>K – manipuluje instrumentami, nie grając na nich</p>		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>5, 17, 22 (nie reagował na polecenia terapeuty, dopiero za drugim razem usiadł na wyznaczonym miejscu, ale tylko na chwilę – cały czas zajmował się roletą okienną: to wchodził za nią, to zza niej wychodził; robił tak wielokrotnie)</p> <p>5 (odszedł od czynności, aby poruszać roletą)</p> <p>5, 17 (porusza przedmiotami; nie reaguje na pytania terapeuty)</p> <p>5, 17 (powrócił do okna i rolety)</p> <p>1 (skakał na materacu i uderzał w kolana oraz w podłogę)</p> <p>22, F (nie reagował na polecenia związane z instrukcjami piosenki – podskakiwał oraz opadał kolanami na materac)</p> <p>5, 17 (powrócił do poruszania roletą w oknie)</p> <p>5, 17 (skierował się do powtarzającej się czynności)</p> <p>5, 17 (ponownie poruszał roletą w oknie)</p>	<p>13 (w przerwach między czynnościami, chłopiec odchodził od terapeuty i przechadzał się po sali lub skakał)</p> <p>B (jego gra przypominała formę odreagowania napięcia lub/i formę stymulacji)</p> <p>17, 22 (nie reagował na polecenia terapeuty związane z pokazywaniem wybranych części ciała)</p> <p>B skupiał się na jednym instrumencie przez bardzo krótki czas, po czym go zmieniał i wracał do chaotycznych form aktywności)</p>

	0 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 17 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych	1 społeczno-emocjonalne niepożądane zachowanie relacyjne 4 komunikacyjne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne
KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA: 13 – nie nawiązuje kontaktu z terapeutą – wycofanie KATEGORIA KOMUNIKACYJNA: 1 – zachowania stereotypowe – ruchowe; 5 – nadmiernie interesowanie się pewnymi czynnościami/zachowaniami; 17 – nie reaguje na sygnały z otoczenia; 22 – nie reaguje na polecenia B – uderza w instrumenty w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna; F – wykonuje czynności niekomunikacyjne: kołysanie się do przodu, chodzenie na boki, skakanie, kręcenie, bieganie oraz inne, które nie wykazują żadnych konotacji z tworzoną przez terapeutę muzyką		

Podsumowanie wyników

Na wykresie SOZ-D (tabela 24) można dostrzec, że Maciej polepszył swoje funkcjonowanie we wszystkich sferach rozwojowych. Duże różnice zauważa się przede wszystkim w sferze poznawczej, emocjonalnej oraz specjalnej. Przedstawiony w tabeli 24 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 24. Przypadek Macieja – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 14, natomiast na ostatniej sesji

zmaląa do 11. Tak więc w tej sferze pojawił się spadek. W sferze społecznej dostrzec można poprawę: w pierwszym pomiarze odnotowano 13 aktywności, w drugim natomiast 22, mamy zatem do czynienia z dużym wzrostem pożądaných zachowań w tej sferze rozwojowej. Jeśli chodzi o zachowania oparte na stymulacjach ruchowych oraz poruszaniu przedmiotami, to wskaźnik tych zachowań uległ zmianie. W pierwszym pomiarze pojawiło się 9 zachowań o charakterze niepożądanych, natomiast w postteście liczba ta zmaląa do 4.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* stwierdzono, że w pierwszym pomiarze za brak muzycznych odpowiedzi, ukazywaną nieświadomość tych działań dziecko otrzymało aż 16 pkt, w drugim pomiarze natomiast liczba ta zmaląa do 8 pkt. Za komunikacyjne zachowania względem terapeuty dziecko otrzymało 4 pkt (pomiar I) oraz 8 pkt (pomiar II). Ponadto chłopiec uzyskał za działania o ograniczonej aktywności ekspresyjnej 6 pkt (pomiar I) oraz 9 pkt (pomiar II). Analiza skali I pokazuje różnice w liczbie pożądaných i niepożądanych zachowań. Porównując dane z pierwszego i drugiego pomiaru, dostrzegamy, że podczas drugiej obserwacji liczba pożądaných zachowań wzrosła, a zmaląa liczba zachowań niepożądanych opartych na braku reakcji lub odrzuceniu.

Podobne wnioski można wyciągnąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej działań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach względem terapeuty – 17 pkt. W drugim pomiarze suma zachowań związanych z brakiem reakcji wyniosła 7 pkt (widoczny duży spadek). Zarówno w pierwszym, jak i w drugim pomiarze zaobserwowano zachowania związane z odpowiedzią dziecka wywołaną przez terapeutę za pomocą muzycznego materiału: 6 pkt (pomiar I) i 10 pkt (pomiar II). Jeśli chodzi o zachowania zmierzające do muzycznej komunikatywności to w pierwszym pomiarze wyniosły się 4 pkt, a w drugim pomiarze 6 pkt (przy czym podczas drugiej obserwacji pojawiły się również zachowania związane z przerwana percepcją w pewnych aktywnościach muzycznych – 2 pkt). Podobnie jak w skali I, wyniki w skali II wskazują na wzrost pożądaných zachowań muzycznych i znaczny spadek zachowań niepożądanych.

Podobne wyniki otrzymano z liczbowych zestawień poszczególnych kategorii badawczych. Sfera poznawcza i motoryczna znacznie się polepszyły. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej odnotowano 10 zachowań, w drugim 23. W sferze motorycznej podczas pierwszej obserwacji odnotowano 6 aktywności, podczas drugiej – 12. Sfera społeczno-emocjonalna uległa poprawie – w pierwszym pomiarze liczba zachowań w sferze społeczno-emocjonalnej wyniosła 12, w drugim pomiarze 18 – natomiast sfera komunikacyjna

nieznacznie się pogorszyła: z 9 zachowań (pomiar I) na 4 (pomiar II). W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 8 obecności (pomiar I) i 5 (pomiar II), co pokazuje widoczny spadek zachowań niepożądanych. Natomiast w sferze motorycznej w pierwszym pomiarze odnotowano 0 punktów, w drugim – 1 pkt. W odniesieniu do niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych z obszaru społeczno-komunikacyjnego w pierwszym pomiarze nie zaobserwowano aktywności, a drugi pomiar wskazał wartość 1 pkt. W przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym ich liczba wynosząca aż 17 (pomiar I) znacząco zmalała do 4 (pomiar II). Podobnie jak w skalach I i II, dane z kategorii badawczych ukazują wzrost pożądanых zachowań muzycznych i relacyjnych oraz spadek zachowań niepożądanych.

Tabela 25. Przypadek Macieja – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	–
		gaworzenie	–	+ („papa”)
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	–	–
		łączenie słów/zdania	–	–
		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	+	+
		identyfikacja	+++++ („cicho”, „sprzątać”, „nos”, „ucho”, „koniec”)	+++++ („zabawa”, „papa”, „koniec”; części ciała, dwa zwierzęta)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	–
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	++++++	+++++
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	–
		odpowiedzi na pytania otwarte	–	–
	umiejętności	powitanie/pożegnanie	–	++

	społeczne			(powitanie – niewerbalnie, pożegnanie – werbalnie)								
		odbiór/odpowiedź na komunikat	+	+	+	+	+	+				
		spontaniczne komentarze	–					–				
		inicjowanie rozmowy	–					–				
		brak kontaktu wzrokowego	–					–				
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–					–				
		udawany kontakt wzrokowy	–					–				
		natarczywy kontakt wzrokowy	–					–				
		właściwy kontakt wzrokowy	+	+				+	+	+		
		reakcja na imię	–					–				
		obserwowanie innych	+	+				+	+	+	+	+
		naśladowanie innych	–					+	+	+		
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	–					+	+			
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	+					+	+			
		społeczny uśmiech	+	+				+				
		śmianie się	+					–				
		właściwa interakcja	–					+	+	+		
		naprzemiennosc stron	–					–				
		inicjowanie zmian	–					–				
		zachowanie	stymulacja słuchowe	–				–				
	echolalie		–				–					
	stymulacje smakowe		–				–					
	poruszanie przedmiotami		+	+	+	+	+	+	–			
	stymulacje węchowe		–				–					
	nadmierne organizowanie		–				–					
	stymulacje dotykowe		–				–					
	działania samookaleczające		–				–					
	działania seksualne		–				–					
	stymulacje wzrokowe		–				–					
	stymulacje ruchowe		+	+	+		+	+				
	inne zachowania		agresja	–				–				
		działania destrukcyjne	–				–					

		działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	–	–
		odrzućcie	–	++
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	8	5
		niepewna akceptacja (2a)	3	1
		duża sprzeczność – odrzućcie (2b)	2	1
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	6	9
		aktywny rozwój interakcji (4)	4	7
		praca nad relacją (5a)	0	1
		muzyczna asertywność (5b)	0	0
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	0	0
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	0
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	2	0
		aktywne odrzućcie (1b)	1	0
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu (2)	0	0
		działania wymijające i obronne (3)	0	0
		przekora i/lub manipulacja (4)	0	0
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	0	0
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego	0	0

		samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)		
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	12	6
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	5	1
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	6	10
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	4	4
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	0	2
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	0
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	0	1
		wzrastające zaangażowanie (5c)	0	1
		uczestnictwo w interakcji (6a)	0	0
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	0	0
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	0	0
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	0	0
		entuzjazm z muzycznej ekspresji (7b)	0	0
Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	10	23
		MOTORYCZNA	6	12
	pożądane relacyjne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	12	18

	zachowania muzyczne	KOMUNIKACYJNA	9	4
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	8	5
		MOTORYCZNA	0	1
	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	0	1
		KOMUNIKACYJNA	17	4

Podsumowując powyższe wyniki, zauważa się pozytywne zmiany w rozwoju chłopca w sferze poznawczej, motorycznej oraz społeczno-emocjonalnej. Zmiany widać nie tylko w zestawieniach liczbowych, ale przede wszystkim można je dostrzec w zmianach jakościowych. Chłopiec był zaangażowany w różne aktywności, zwłaszcza oparte na odtwarzaniu piosenek i zabawy z nimi związane. Był skupiony, obserwował i słuchał. Ustrukturyzowana zabawa z bębniem pozwoliła mu na uporządkowanie umiejętności oraz na skupienie się na jednym instrumencie. Podczas tej zabawy chłopiec rozwijał koordynację wzrokowo-ruchową oraz kontrolował swoje ruchy. Zabawa ta tworzyła również przestrzeń umożliwiającą identyfikację potrzeb dziecka i komunikowanie się za pomocą gestów. Podczas innej piosenki Maciek rozwijał umiejętności naśladowania oraz świadomości przestrzennej – powtarzał za terapeutą i grał na klawesach z wizualnymi i fizycznymi wskazówkami danymi przez terapeutę. Podczas innej piosenki – *Kiedy jesteś sam* – słuchał, próbując dmuchać w flet prosty, będąc zaangażowany w muzyczne tworzenie. Piosenka ze zwierzętami wymagała od chłopca wykonywania wielu operacji myślowych – naśladowania, odnajdywania odpowiedniego zwierzęcia, wskazywania na niego – wszystko to chłopiec stopniowo realizował w konkretnym materiale muzycznym. Podczas popularnej piosenki *Głowa, ramiona, kolana, pięty* chłopiec pokazywał w tańcu wybrane części ciała, naśladując terapeutę (nawiązywał przy tym kontakt z terapeutą, uśmiechał się, poprawiał koordynację ruchową oraz kontrolę ruchów). Pojawiały się momenty, gdy Maciek uciekał od wspólnych działań, skakał, wycofywał się, jednak po pewnym czasie przychodził i ponownie angażował się w tworzenie muzycznego materiału z terapeutą. Były zdarzenia muzyczne, w ramach których chłopiec obserwował terapeutę i starał się za nim podążać. Oprócz umiejętności niemuzycznych dziecko rozwijało się muzycznie, o czym świadczą poszczególne zdarzenia – improwizował na dzwonkach z powtarzającym się motywem, z wielką ekspresją ruchową, dodając krótkie uderzenia w bęben; podczas wspólnego grania piosenki chłopiec z terapeutą

byli ze sobą synchronizowani pod względem rytmicznym; pod koniec odtwarzania innej piosenki chłopiec zwiększał tempo, starając się kopiować grę prowadzącego; chłopiec śpiewał pojedyncze słowa piosenki pożegnalnej, obserwując terapeutę i nawiązując z nim kontakt wzrokowy.

Maciek na zajęciach był skupiony i aktywny, występowało coraz mniej widocznych stymulacji innymi przedmiotami (zwłaszcza wiszącą roletą). Doświadczenia odtwarzania i ustrukturyzowanej improwizacji przyczyniały się do całościowego rozwoju chłopca. Dzięki prostej i jasnej strukturze piosenek chłopiec wiedział, czego się od niego wymaga, a możliwość wykonania danego zadania sprawiała mu wiele satysfakcji. Ponadto śpiewane lub grane piosenki rozwijały go pod względem poznawczym. Improwizacje swobodne przyczyniały się raczej do nadmiernej chaotyczności i pobudzenia ruchowego, które było bardzo widoczne na początku procesu terapeutycznego. Podczas słuchania natomiast Maciek doświadczał rozluźnienia i spokoju. Był świadomy czasu odpoczynku i receptywnego odbioru bodźców, co wpływało na jego sferę psychiczną i fizyczną. Działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały na chłopca, były: działania odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna, społeczno-emocjonalna, komunikacyjna), improwizacyjne oparte na strukturze (społeczno-emocjonalna, sensoryczna) oraz słuchanie (motoryczna i poznawcza).

4.1.6 Przypadek Miłosza

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Miłosz (6 lat) jest chłopcem z tzw. autyzmem wysoko funkcjonującym. Pierwsza diagnoza została postawiona w 2011 roku (autyzm dziecięcy), kolejna w 2014 roku (autyzm wysoko funkcjonujący). Dziecko uczęszcza do przedszkola integracyjnego. Jego sfera komunikacyjna jest na wysokim poziomie, zwłaszcza biorąc pod uwagę bogaty zasób słownictwa. Rozumie mowę i wykazuje potrzebę komunikacji werbalnej. Pytany odpowiada, komunikuje swoje potrzeby, czasem tworzy spontaniczne wypowiedzi związane z kontekstem sytuacyjnym. W niektórych momentach bardzo dużo mówi oraz często pyta o coś kilka razy. W komunikacji wspomaga się gestem, wskazuje palcem. Jak wynika z opinii, rozwój umysłowy dziecka jest adekwatny do jego wieku.

Jeśli chodzi o sferę poznawczą, chłopiec ma duże trudności z koncentracją i utrzymywaniem jej przez dłuższy czas. Czasem nie rozumie niektórych poleceń. Słabo podporządkowuje się poleceniom, wybiera aktywności i narzuca swoje pomysły. Bardzo dobrze czyta, układa puzzle, klocki (są to też czynności, które lubi i z chęcią wykonuje). Pod

względem społecznym dziecko poprawnie nawiązuje interakcje z dorosłymi. Jak podała mama chłopca w kwestionariuszu uzupełniającym ADSA, w odniesieniu do sposobu, w jaki dziecko nawiązuje interakcje z innymi, Miłosz jest zainteresowany ludźmi – podchodzi do innych, rozmawia z nimi oraz zadaje pytania. Jednak inaczej sytuacja rysuje się w przypadku interakcji z rówieśnikami – chłopiec nie wykazuje potrzeby kontaktu z nimi, bawi się sam, nie zwraca uwagi na dzieci i zwykle nie uczestniczy w zabawach zespołowych. Zauważa się znacznie utrudniony kontakt wzrokowy.

Sfera emocjonalna dziecka jest zaburzona – często pojawia się labilność emocjonalna. Czasem przeżywa emocje nieadekwatnie do sytuacji. Ma dużą potrzebę stałości, źle reaguje na zmiany (zwłaszcza gdy zostaje zaburzony jego plan dnia). Na nowe sytuacje często reaguje niepokojem lub płaczem. U chłopca stwierdza się również nadwrażliwość słuchową, zwłaszcza na głośne i nagłe dźwięki. Pojawiają się także zachowania autoagresywne – uderzanie siebie w sytuacjach stresowych.

Właśnie zachowania autoagresywne oraz słaba koncentracja to obszary rozwojowe, które najbardziej martwią rodziców chłopca. Ulubionymi przedmiotami chłopca są zabawki, książki oraz komputer. Nie lubi się brudzić. Raczej nie angażuje się w fizyczne aktywności, wręcz ich unika. Chłopiec w przedszkolu uczęszcza na różne terapie: logopedię, terapię zajęciową, terapię pedagogiczną, hipoterapię oraz terapię psychologiczną.

Jeśli chodzi o doświadczenia muzyczne, chłopiec miał do czynienia z zajęciami muzycznymi. W kwestionariuszu uzupełniającym ADSA mama Miłosza podała, że dziecko ma doskonały słuch muzyczny, dobrą umiejętność śpiewania oraz rytmizowania. Na pytanie: *Jaki rodzaj muzyki dziecko preferuje najbardziej?* rodzic wskazał piosenki dla dzieci, muzykę klasyczną, rap, pop, rock. Na pytanie dotyczące tego, czego mama dziecka oczekuje od interwencji muzykoterapeutycznej, wymieniła ona rozwój zainteresowań muzycznych oraz rozwój umiejętności związanych z podporządkowaniem się zasadom obowiązującym w różnych środowiskach.

Pierwsza rejestrowana sesja

Początkowo Miłosz był zdystansowany względem terapeuty. Słuchał go i obserwował jego działania [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 2a U; NR II: 1/instr./wokal/ruch]. Podczas piosenki powitalnej w zasluchaniu podążał za wskazówkami werbalnymi terapeuty, naśladując go i pokazując wybrane części ciała [ADSA: podążanie za wskazówkami niewerbalnie; naśladowanie innych; identyfikacja części ciała; reakcja na powitanie niewerbalnie; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Chłopiec nie włączył się do śpiewu, raczej był

skupiony na pokazywaniu i odbieraniu muzycznego materiału. Ze względu na to, że miał wysoko rozwiniętą sferę komunikacyjną i bogate słownictwo, podczas piosenki powitalnej wypowiadał spontaniczne komentarze odnoszące się do zwrotek piosenki, np. „Tupanie nogami było trudne” [ADSA: łączenie słów; spontaniczne komentarze; NR I: 2a U]. Odpowiadał na pytania, które dotyczyły piosenki [ADSA: odpowiedzi na pytania otwarte]. Z biegiem sesji nie miał trudności z nawiązywaniem kontaktu z terapeutą [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 3 U]. Podążał za wskazówkami terapeuty w trakcie szukania instrumentów [ADSA: podążanie z jedną werbalną wskazówką; NR II: 3/ruch]. Z dużym zaciekawieniem oglądał instrumenty, był zafascynowany dźwiękami i ich brzmieniem. Podczas eksploracji instrumentów odpowiadał na wspólne pole uwagi związane z zainicjowaną przez terapeutę krótką zabawą z kastanietami [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Treścią zabawy było to, że kastaniety stały się żabami i zaczęły ze sobą rozmawiać – chłopiec włączył się w zabawę, podtrzymywał rozmowę, uśmiechał się [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; społeczny uśmiech; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.].

Później terapeuta zaczął śpiewać i grać na gitarze piosenkę o żabkach. Chłopiec słuchał, od czasu do czasu angażując się w grę na kastanietach [ADSA: wskazywanie wyboru niewerbalnie; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Czasem podążał za metrum [ADSA: naśladowanie innych; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.], a czasem uderzał w instrument w taki sposób, że nie było związku pomiędzy grą chłopca a terapeuty [NR I: 4 O; NR II: 4b/instr.]. Podczas piosenki śpiewanej aktywność chłopca była raczej przeciętna, dopiero gdy terapeuta swobodnie przeszedł do swobodnej improwizacji zróżnicowanej harmonicznie, zmotywowane dziecko zaczęło chętniej eksplorować instrumenty [NR I: 5c U; NR II: 5b/instr.]. Miłosz grał głośniejsz lub ciszej, zmieniał instrumenty [NR II: 6c/instr.]. Gdy terapeuta powrócił do piosenki *Była sobie żabka mała*, Miłosz przez krótki czas odzwierciedlał puls oraz tempo gry terapeuty [ADSA: naśladowanie innych; NR I: 3 U; NR II: 4a/instr.], później jednak stracił zainteresowanie [NR I: 2b U; NR II: 2a/instr.]. Wydawał się bardzo skupiony na dźwiękach tworzonych przez siebie. Z biegiem czasu przy piosence z tekstem stał się znudzony i przestał zwracać uwagę na aktywność [ADSA: ograniczone zainteresowanie; NR I: 2b U; NR II: 1/instr.]. Odpowiadając na pytanie terapeuty, chłopiec stanowczo komunikował, że nie chce śpiewać ani grać [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru]. Pomimo deklarowanej niechęci dziecka do aktywności muzycznej terapeuta zaproponował wspólną grę na gitarze. Miłosz był zaciekawiony poznawczo, gdy grał i odkrywał jej brzmienie. Podczas muzycznej eksploracji stawał się świadomy zmian dynamicznych, o których terapeuta śpiewał, i starał się je ukazać w swojej grze [ADSA: podążanie za wskazówkami; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.].

Czasem nawiązywał kontakt wzrokowy [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy]. Liczył instrumenty [ADSA: identyfikacja liczb]. Gdy na sesji po raz kolejny pojawił się temat żab, chłopiec ponownie zainicjował zabawę o tym, jak żaby się zjadają, a potem, jak się ze sobą witają [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 5c U; NR II: 5b/instr.]. Trzymając w dłoniach kastaniety w kształcie żab, terapeuta zaproponował zabawę muzyczno-ruchową, w której terapeuta śpiewał piosenkę, a chłopiec dołączał się grą i/lub śpiewem [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr./wokal]. Gdy gitara przestała grać, Miłosz wraz z terapeutą mieli się zatrzymać i wysoko skakać [ADSA: podążanie za wskazówkami]. Przy wyskokach chłopiec szybko się zmęczył i zaprzestał skakania [NR II: 2/ruch].

Około dwudziestej pierwszej minuty sesji pojawiła się swobodna improwizacja, w której Miłosz prowadził, grając na gitarze, a terapeuta akompaniował mu na grzechotkach [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 5b U; NR II: 6b/instr.]. Podczas improwizacji chłopiec dzielił swoją uwagę pomiędzy czynności wykonywane przez siebie i terapeutę. Stopniowo zaczął pojawiać się muzyczny dialog oraz naprzemiennność działań muzycznych [ADSA: naprzemiennność stron; właściwa interakcja; NR I: 5a U; NR II: 6a/instr.]. Chłopiec zaczął eksplorować gitarę pod względem rytmicznym, tworząc określony rytm i powtarzając go przez pewien czas. Był wsłuchany w materiał tworzony przez terapeutę. Czasem zwiększał dynamikę. W pewnym momencie dołączył się z pewnymi odgłosami. Odgłosy te stanowiły początek improwizacji wokalne chłopca, którą terapeuta zaczął rozwijać [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 5a U; NR II: 6b/wokal]. Miłosz w którejś chwili zaczął poruszać rytmicznie ciałem, siedząc i grając na gitarze [NR II: 6c/ruch]. Około dwudziestej piątej minuty sesji nagle odłożył gitarę, mówiąc, że nie potrafi na niej grać [ADSA: łączenie słów; NR I: 2b U; NR II: 2/instr.]. Terapeuta zaproponował mu pomoc w grze, stosując odpowiednie chwyt. Chłopiec ponownie odrzucił gitarę, twierdząc, że nie potrafi na niej grać [NR I: 2b U; NR II: 2/instr.]. Prowadzący zaproponował naprzemienną zabawę, w której Miłosz grał na gitarze, a terapeuta odpowiadał [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; naprzemiennność stron; NR I: 4 U; NR II: 5c/instr.]. Chłopiec odznaczał się dużą wrażliwością muzyczną. Słyszając wokalizacje terapeuty, podążając za nimi, dziecko przechodziło od gry ekspresyjnej do bardziej lirycznej i spokojnej [NR I: 5a U; NR II: 6a/instr.]. Podczas muzycznej wymiany Miłosz utrzymywał kontakt wzrokowy z terapeutą i tworzył prawdziwą muzyczną interakcję [ADSA: właściwa interakcja; właściwy kontakt wzrokowy]. Podczas piosenki pożegnalnej dziecko tylko słuchało i obserwowało terapeutę i jego grę, ale nie włączyło się w śpiew ani w granie na instrumencie [ADSA: obserwowanie

innych; NR I: 1 U; NR II: 1 instr./wokal/ruch]. Podczas sesji chłopiec często się uśmiechał, zwłaszcza w momentach, gdy terapeuta po zakończonym wspólnym działaniu bił mu brawo [ADSA: społeczny uśmiech; NR I: 4 U].

Ostatnia rejestrowana sesja

Podczas piosenki powitalnej Miłosz słuchał jej, ale nie uaktywniał się muzycznie pomimo zachęty ze strony terapeuty [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 1 U; NR II: 1/instr./wokal/ruch]. Początkowo chłopcu trudno było się skoncentrować – prowadzący kilkakrotnie nakierowywał chłopca na czynności związane z sesją (chłopiec potrzebował czasem wielu powtórzeń polecenia, aby wykonać działanie) [NR I: 3 O; NR II: 2/ruch]. Podczas piosenki *Głowa, ramiona, kolana, pięty* Miłosz potrafił się skoncentrować na aktywności ruchowej [ADSA: podążanie za wskazówkami werbalnymi; obserwowanie innych; identyfikacja części ciała; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Podążał za poleceniami. Starał się również śpiewać wraz z terapeutą, łącząc ruch z głosem (zachowując tonację piosenki w trakcie śpiewania) [NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal/ruch]. Był zmotywowany do aktywności zwłaszcza wtedy, gdy prowadzący przy każdym powtórzeniu przyspieszał tempo, co angażowało chłopca pod względem motorycznym i poznawczym [ADSA: naśladowanie innych, odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4 U]. Po zaśpiewaniu piosenki jasno wyraził chęć grania na instrumentach, które sam chciał wybrać, stąd pojawiła się eksploracja talerza [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru; NR I: 5c U; NR II: 5b/instr.]. Chłopiec doświadczył brzmienia tego instrumentu, tłumiąc go lub pozwalając, aby wybrzmiewał. Z biegiem czasu pojawiła się propozycja zaśpiewania dobrze znanej chłopcu piosenki *Kaczka dziwaczka* [ADSA: odbiór komunikatu; identyfikacja piosenki]. Podczas piosenki Miłosz raz tłumiał talerz, raz uderzał puls piosenki, stopniowo odzwierciedlając jej rytm, zachowując tempo i dynamikę, dostosowując się do gry terapeuty [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5a U; NR II: 6b/instr.]. W trakcie śpiewania piosenki chłopiec zaproponował, aby wykonać ją na zmianę, tzn. jedną część piosenki miał wykonać on, a drugą część terapeuta [ADSA: wskazanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie; NR I: 5b U; NR II: 6c/wokal]. Takie działanie pobudziło twórcze myślenie u dziecka. Podczas wykonywania piosenki Miłosz zmieniał tembr głosu – bawił się nim, śpiewał melodię piosenki, zachowując odpowiednie interwały, rytm, metrum i odzwierciedlając tonację graną na gitarze przez terapeuta [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 6 U]. Potem chłopiec wysunął propozycję innej zabawy – chciał zabawić się w muzyczną improwizację polegającą na tym, że terapeuta wraz z dzieckiem naprzemiennie grali solo na instrumentach, a moment zmiany osoby grającej był

sygnalizowany przez nawiązanie kontaktu wzrokowego [ADSA: wskazanie chęci/potrzeby/wyboru; inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 5b U; NR II: 6a/instr.]. Chłopiec rozpoczął tworzenie, grając na talerzu: przyspieszał tempo, czasem zwalniał, zmieniał dynamikę, dobierał różne schematy rytmiczne. Później z pełną świadomością spojrzał na terapeutę – wtedy on mógł rozpocząć grę [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; naprzemiennosc stron; NR I: 5a U; NR II: 7a/instr.]. Dziecko czekało na swoją kolej, choć w trakcie gry terapeutę koncentrowało się bardziej na swoim instrumencie niż na materiale terapeutę. Taka muzyczna wymiana odbyła się czterokrotnie. Za każdym razem chłopiec bez jakiegokolwiek lęku świadomie kierował wzrok ku terapeutce [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; NR II: 6a/ruch]. Po tej zabawie dziecko chciało zaproponować nową zabawę muzyczną, ale w trakcie tłumaczenia jej zasad okazało się, że jest taka sama jak poprzednia. Z tego względu to prowadzący przedstawił kolejną propozycję [ADSA: inicjowanie zmian; NR I: 5c U].

Na nowe rzeczy chłopiec reagował pozytywnie, w skupieniu słuchał polecenia związanego z piosenką improwizowaną polegającą na muzycznych komendach, które niosły określone znaczenie, np. „Gramy głośno, cicho i stop, góra i dół” [ADSA: podążanie za wskazówkami, odbiór komunikatu; identyfikacja poszczególnych komend; NR II: 5c/ruch]. Podczas nowo poznanej piosenki Miłosz odzwierciedlał metrum i tempo, grając na bębnie [NR I 4 U; NR II: 5c/instr.]. Prawidłowo wykonywał muzyczne polecenia, choć z czasem mniej aktywnie (później terapeuta parokrotnie, wokalnie i ruchowo, wskazywał na dane polecenie, dopóki chłopiec się nie zmotywował do kontynuacji zabawy) [ADSA: odbiór komunikatu z wieloma werbalnymi i fizycznymi wskazówkami; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Czasem podczas zabawy chłopiec grał naprzemiennie na bębnie i talerzu w szybkim tempie, uderzając prawidłowo puls. Potem nastąpiła zamiana ról [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi] – to chłopiec wypowiadał/śpiewał muzyczne komendy, które wykonywał razem z prowadzącym [NR I: 5c U; NR II: 6b/instr.].

W szesnastej minucie sesji chłopiec podszedł na chwilę do pianina i zaczął bardzo ekspresyjnie je eksplorować pod względem rytmicznym i dynamicznym. Była to krótka improwizacja, która raczej stanowiła formę odskoczni od wspólnych działań z terapeutą [NR I: 4 O; NR II: 2/instr.]. Po niej chłopiec podążył za poleceniami terapeuty, który chciał zaangażować go w działanie ruchowe w postaci zabawy na koncentrację *Uciekający bęben* [ADSA: podążanie za wskazówkami; NR I: 4 U]. Była to autorska piosenka prowadzącego, w której następowała duża eksploracja bębna. W pewnym momencie prowadzący uciekał z bębniem, a goniący miał szybko złapać bęben [ADSA: obserwowanie innych]. Dzięki temu

działaniu terapeuty wspomagał motorykę małą i dużą dziecka oraz jego sferę poznawczą. Pomimo krótkiego czasu koncentracji Miłosz podążał za wskazówkami, skupiał się na zadaniu, a przy tym się uśmiechał i nawiązywał właściwy kontakt wzrokowy [ADSA: właściwa interakcja; społeczny uśmiech; podążanie za wskazówkami; odbiór komunikatu; właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 5a U; NR II: 5c/ruch/instr.]. Zabawa została powtórzona dwukrotnie.

Po działaniach ruchowych terapeuta zaczął pytać o aktualną porę roku, nieco spowalniając aktywność ćwiczeń. Miłosz odpowiadał na wszelkie pytania związane z porą roku; na pytanie, jaka jest wiosna, odpowiedział „słoneczna”) [ADSA: łączenie słów; identyfikacja elementów związanych z porą roku; odpowiadanie na pytania otwarte; NR I: 4 U]. Terapeuta wprowadził zabawę ze zwiewnymi, kolorowymi chustami. Chłopiec cieszył się kolorowymi chustami – dotykał ich, podrzucał je, kładł się na nich, chował się. W pewnym momencie prowadzący zaproponował, aby chłopiec położył się na chustach [ADSA: odbiór komunikatu; podążanie za werbalną wskazówką]. Terapeuta trzymał jedną chustę, cicho nucił piosenkę o wiosennym wietrze i przesuwiał chustą po rękach oraz twarzy chłopca. Dziecko uspokajało się i poddawało się działaniom terapeuty [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5a U; NR II: 3/ruch].

Pod koniec sesji prowadzący zaproponował piosenkę o wiosnie o skocznym i miarowym charakterze, z wyraźnym akcentowaniem i zmiennym tempem. Chłopiec zakrywał chustami siebie oraz terapeutę podczas słuchania piosenki [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 5c U; NR II: 5c/ruch]. Rozpoznawał kolory [ADSA: łączenie słów; identyfikacja kolorów]. Bawił się chustami, ale nie aktywizował się muzycznie [NR I: 3 U; NR II: 2/ruch]. Chcąc zmotywować chłopca do działania muzycznego, przed odpowiednimi słowami piosenki prowadzący zawieszał grę i czekał na reakcję chłopca. Wtedy Miłosz dośpiewywał słowa piosenki, zachowując jej melodię i tonację [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; naprzemiennność stron; słowa piosenki; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal].

Na koniec sesji pojawiła się piosenka pożegnalna. Na początku chłopiec śpiewał razem z terapeutą oraz kołysał się w rytm piosenki [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal/ruch]. Później już tylko nucił, bez śpiewania słów [ADSA: obserwowanie innych; reakcja na pożegnanie werbalne; odbiór komunikatu; NR I: 3 U; NR II: 3/wokal].

Podczas ostatniej sesji Miłosz wykazywał się kreatywnością i pomysłowością, wymyślając zabawy. Czasem chciał kierować sesją, proponując własne aktywności [ADSA:

inicjowanie wspólnego pola uwagi]. Nie miał trudności z pójściem na kompromis i odkładaniem swoich zabaw na inny czas [NR I: 5a U].

Tabela 26. Przypadek Miłosza – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (19 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>NN (słuchał terapeuty i obserwował jego działania)</p> <p>C, 14 (podczas piosenki powitalnej w zasluchaniu podążał za wskazówkami terapeuty, naśladując i pokazując wybrane części ciała)</p> <p>NN (ponownie skupiony na pokazywaniu i odbieraniu muzycznego materiału)</p> <p>BB (z dużym zainteresowaniem oglądał instrumenty, był zadowolony dźwiękami i ich brzmieniem)</p> <p>5, BBB (podczas eksploracji instrumentów, odpowiadał na wspólne pole uwagi związane z krótką zabawą z kastanietami, które swoim wyglądem przypominały żaby)</p> <p>NN (terapeuta zaczął śpiewać i grać na gitarze piosenkę o żabkach; chłopiec słuchał piosenki, od czasu do czasu angażując się w grę na kastanietach)</p> <p>BBB (terapeuta swobodnie przeszedł do swobodnej improwizacji zróżnicowanej harmonicznie, chłopiec zmotywowany, zaczął chętniej eksplorować instrumenty)</p> <p>AA, BB (był zadowolony poznawczo, gdy grał i odkrywał brzmienie gitary)</p> <p>22 (liczył instrumenty)</p> <p>8, 9 (zainicjował zabawę mówiąc o tym, jak żaby siebie zjadają, potem jak się ze sobą witają)</p> <p>C (terapeuta śpiewał piosenkę, chłopiec dołączał w grę lub śpiewie)</p> <p>QQ, 2 (podczas zabawy muzyczno-</p>	<p>C, 14 (podczas piosenki, <i>Głowa, ramiona, kolana, pięty</i>, chłopiec potrafił się skoncentrować na aktywności ruchowej; podążał za poleceniami)</p> <p>D, J, ZZ, P (starał się również śpiewać wraz z terapeutą, łącząc ruch oraz głos i zachowując tonację piosenki w trakcie śpiewania)</p> <p>S, BB (doświadczał brzmienia instrumentu, tłumiąc go lub pozwalając, aby wybrzmiewał)</p> <p>P, D, GG, BBB (z biegiem czasu pojawiła się propozycja zaśpiewania dobrze znanej chłopcu piosenki <i>Kaczka dziwaczka</i>; podczas piosenki chłopiec to tłumil talerz, to uderzał puls piosenki, stopniowo odzwierciedlając jej rytm, zachowując tempo i dynamikę)</p> <p>Q, P, GG (podczas wykonywania piosenki zmieniał tembr głosu – bawił się nim, śpiewał melodię piosenki, zachowując odpowiednie interwały, rytm, metrum, odzwierciedlając tonację graną na gitarze przez terapeutę)</p> <p>7 (propozycja dziecka dotycząca muzycznej improwizacji)</p> <p>BBB, CCC (chłopiec rozpoczął tworzenie, grając na talerzu: przyspieszał tempo, czasem zwalniał, zmieniał dynamikę, dobierał różne schematy rytmiczne)</p> <p>11, 26, 28, 29 (na nowe rzeczy reagował pozytywnie, w skupieniu słuchał polecenia związanego z piosenką improwizowaną,</p>

	<p>ruchowej dziecko z terapeutą zatrzymywali się w odpowiednich momentach i wysoko skakali)</p> <p>AA, BB, EE, V (zaczął eksplorować gitarę pod względem rytmicznym, tworząc określony rytm i powtarzając go przez pewien czas)</p> <p>NN (był wsluchany w tworzony materiał terapeuty)</p> <p>XX (w pewnym momencie zaczął poruszać rytmicznie swoim ciałem, siedząc i grając na gitarze)</p> <p>NN (podczas piosenki pożegnalnej tylko słuchał i obserwował terapeutę)</p>	<p>polegającą na muzycznych komendach, które niosły określone znaczenie, np. „Gramy głośno, cicho i stop, góra i dół”)</p> <p>GG, DD (podczas nowo poznanej piosenki odzwierciedlał metrum i tempo, grając na bębnie)</p> <p>BB, GG, 11 (czasem podczas zabawy grał naprzemiennie na bębnie i talerzu w szybkim tempie, uderzając prawidłowo puls)</p> <p>11, 29, 34, C (podążał za poleceniami terapeuty, który chciał zaangażować go w działanie ruchowe – zabawę na koncentrację <i>Uciekający bęben</i>; w tej autorskiej piosence prowadzącego nastąpiła duża eksploracja bębna; w pewnym momencie prowadzący uciekał z bębniem, a osoba goniąca miała szybko złapać bęben; wspomagało to motorykę małą i dużą dziecka oraz jego sferę poznawczą; pomimo krótkotrwałej koncentracji chłopiec podążał za wskazówkami, skupiał się na zadaniu)</p> <p>16, 5 (po działaniach ruchowych terapeuta zaczął pytać o aktualną porę roku, nieco spowalniając aktywność ćwiczeń chłopiec odpowiadał na wszelkie pytania związane z porą roku, np.; na pytanie, jaka jest wiosna, odpowiedział „słoneczna”)</p> <p>5 (terapeuta zaproponował zabawę zwiewnymi i kolorowymi chustami; chłopiec cieszył się nimi – dotykał ich, podrzucał je, kładł się na nich, chował się)</p> <p>MM, NN, 28 (prowadzący zaproponował, aby chłopiec położył się na chustach; trzymając jedną chustę, terapeuta nucił piosenkę o wiosennym wietrze i przesuwiał chustą po rękach oraz twarzy chłopca; dziecko uspokajało się i poddawało się działaniom terapeuty)</p>
--	--	---

		<p>5 (eksplorował chusty – zakrywał siebie oraz terapeutę podczas słuchania piosenki)</p> <p>15 (rozpoznawał kolory chust i nazywał je)</p> <p>P, J, KKK, 28 (chcąc zmotywować chłopca do działania muzycznego, prowadzący przed odpowiednimi słowami piosenki zawieszał grę i czekał na reakcję chłopca; ten dośpiewywał słowa, zachowując melodię i tonację tworzonej piosenki)</p> <p>A, ZZ (na koniec sesji pojawiła się piosenka pożegnalna; na początku, chłopiec śpiewał piosenkę wraz z terapeutą oraz kołysał się w rytm piosenki)</p> <p>I (później jednak tylko nucił, bez śpiewania słów)</p>
	<p>20 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>4 motoryczne pożądane zachowania muzyczne</p>	<p>38 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>8 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>

KATEGORIA POZNAWCZA:

2 – naśladuje; **5** – eksploruje i/lub rozumie; **8** – wykazuje pomysłowość; **9** – wykazuje oryginalność; **14** – wskazuje części ciała; **15** – rozróżnia i nazywa kolory; **16** – rozpoznaje i nazywa porę roku; **22** – przelicza na konkretach, posługując się liczebnikami; **28** – rozumie, reaguje na polecenia terapeuty i wykonuje je; **29** – samodzielnie i spontanicznie naśladuje czynności

A – powtarza wysokość dźwięku

C – powtarza muzycznie działania terapeuty

D – śpiewając lub grając, zachowuje melodyczną strukturę samodzielnie lub pod wpływem terapeuty

I – mamrotanie/nucenie opiera się na melodycznej intonacji

J – używa prostych słów, kiedy wokalizuje znaną piosenkę

P – śpiewa/nuci/gra piosenkę, stosując odpowiedni rytm lub tonację

S – akceptuje wibracje instrumentu, kiedy gra on na/przy ciele dziecka

V – wykorzystuje dźwięk instrumentu do jego powtarzania

Q – śpiewa frazy oparte na czterech lub pięciu nutach

BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie

EE – stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumencie

GG – uderza zgodnie z metrum

NN – słucha i odbiera interesujący go materiał muzyczny

<p>ZZ – spontanicznie dokonuje kombinacji muzycznej ekspresji: głos łączy z ruchem lub ruch z grą</p> <p>BBB – pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę</p> <p>CCC – pomysłowość dziecka i ekspresja ukazywane są poprzez melodyczne, harmoniczne, rytmiczne zmiany i/lub dobór instrumentów</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową; 26 – rozumie i stosuje pojęcia: „lewo”, „prawo”, „na górze”, „na dole”, „z boku”; 34 – samodzielnie wykonuje działania ruchowe</p> <p>AA – używa ręki do grania na gitarze</p> <p>DD – chwyta pałkę i używa jej do grania</p> <p>MM – uspokaja się w trakcie sesji</p> <p>QQ – porusza częściami ciała w stałym rytmie i/lub pulsie</p> <p>XX – porusza się do muzyki i gra na instrumencie w tym samym momencie</p> <p>KKK – śpiewa, ekspresyjnie poruszając częściami ciała; ruch odzwierciedla koncentrację, przyjemność, emocjonalne wyzwolenie</p>		
Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>4, 14, 31 (podczas piosenki powitalnej wypowiadał spontaniczne komentarze odnoszące się do zwrotek piosenki, np. „Tupanie nogami było trudne”)</p> <p>32 (odpowiadał na pytania, które dotyczyły piosenki)</p> <p>6 (nie miał trudności z nawiązywaniem kontaktu z terapeutą)</p> <p>3, 13, 37 (włączył się w zabawę, podtrzymywał rozmowę, uśmiechał się)</p> <p>F (czasem podążał za metrum)</p> <p>N (grał głośniej lub ciszej, zmieniał instrumenty)</p> <p>M (gdy terapeuta powrócił do piosenki <i>Była sobie żabka mała</i>, chłopiec przez krótki czas odzwierciedlał puls oraz tempo terapeuty)</p> <p>N (podczas improwizacji gitarowej, chłopiec stawał się świadomy zmian dynamicznych, o których terapeuta śpiewał; starał się je ukazać w swojej grze)</p> <p>8 (nawiązywał kontakt wzrokowy)</p> <p>BB (pojawiała się swobodna improwizacja,</p>	<p>Q (był zmotywowany do aktywności, zwłaszcza wtedy gdy prowadzący przy każdym powtórzeniu przyspieszał tempo, co angażowało chłopca pod względem motorycznym i poznawczym)</p> <p>LL, 32 (po zaśpiewaniu piosenki jasno wyraził chęć grania na instrumentach, które sam chciał wybrać, stąd pojawiła się eksploracja talerza)</p> <p>M, N, H, CC (raz tłumiał brzmienie talerza, raz uderzał puls piosenki, stopniowo odzwierciedlając jej rytm, zachowując tempo i dynamikę, dostosowując się do terapeuty)</p> <p>BB, U, 32 (w trakcie śpiewania piosenki chłopiec zaproponował, aby wykonać ją na zmianę, tzn. jedną część piosenki miał wykonać samodzielnie on, a drugą część – terapeuta)</p> <p>GG, II, S (podczas wykonywania piosenki zmieniał tembr głosu – bawił się nim, śpiewał melodię piosenki, zachowując odpowiednie interwały, rytm, metrum</p>

	<p>w której chłopiec prowadził, grając na gitarze, a prowadzący akompaniował mu na grzechotkach)</p> <p>S, T (podczas improwizacji uwaga chłopca dzieliła się pomiędzy czynności wykonywane przez siebie a te wykonywane przez terapeutę; stopniowo zaczął pojawiać się muzyczny dialog oraz naprzemiennosc działań muzycznych)</p> <p>BB, R (czasem zwiększał dynamikę. W pewnym momencie dołączył się z pewnymi odgłosami, które stanowiły początek improwizacji wokalne chłopca; terapeuta zaczął ją rozwijać)</p> <p>DD, G (w pewnym momencie zaczął poruszać rytmicznie swoim ciałem, siedząc i grając na gitarze)</p> <p>S (prowadzący zaproponował naprzemienną zabawę, w której Miłosz grał na gitarze, po czym terapeuta odpowiadał)</p> <p>II, Q (chłopiec wykazywał się dużą wrażliwością muzyczną. Słyszac wokalizacje terapeuty, podążając za nimi, dziecko przechodziło z ekspresyjnej gry do bardziej lirycznej i spokojnej)</p> <p>U, 8 (podczas wspólnej muzycznej wymiany, utrzymywał kontakt wzrokowy z terapeutą i tworzył prawdziwą muzyczną interakcję)</p> <p>13, 24 (podczas sesji często się uśmiechał, zwłaszcza w momentach, gdy terapeuta po zakończonym wspólnym działaniu bił mu brawo)</p> <p>24 społeczno-emocjonalne pożądane relacyjne zachowania muzyczne</p>	<p>i odzwierciedlając tonację graną na gitarze przez terapeutę)</p> <p>32 (zakomunikował o swojej propozycji muzycznej zabawy)</p> <p>T (zabawa będąca propozycją chłopca polegała na tym, że terapeutaz dzieckiem naprzemiennie grali na instrumentach, będąc solistami, a moment zmiany osoby grającej wywołany był przez nawiązanie kontaktu wzrokowego)</p> <p>8 (podczas muzycznej zabawy chłopiec świadomie nawiązywał kontakt wzrokowy)</p> <p>17 (po tej zabawie chłopiec chciał zaproponować nową zabawę muzyczną, ale w trakcie tłumaczenia jej zasad okazało się, że była ona taka sama jak poprzednia, zatem to prowadzący przedstawił kolejną muzyczną zabawę)</p> <p>10 (na nowe rzeczy chłopiec reagował pozytywnie, w skupieniu słuchał polecenia związanego z piosenką improwizowaną, polegającą na muzycznych komendach, które niosły określone znaczenie, np. „gramy głośno, cicho i stop, góra i dół”)</p> <p>U (potem nastąpiła zamiana ról – to chłopiec wypowiadał/śpiewał muzyczne komendy piosenki, które razem z prowadzącym wykonywał)</p> <p>8, 13 (podczas zabawy <i>Uciekający bęben</i> chłopiec uśmiechał się i nawiązywał kontakt wzrokowy)</p> <p>25, 32 (odpowiadał na wszelkie pytania związane z porą roku)</p> <p>17 (podczas sesji, chłopiec nie miał trudności z pójściem na kompromis i odłożeniem swoich zabaw na inny czas)</p> <p>19 społeczno-emocjonalnych pożądanych relacyjnych zachowań</p>
--	--	--

	3 komunikacyjne pożądane relacyjne zachowania muzyczne	muzycznych 5 komunikacyjnych pożądanych relacyjnych zachowań muzycznych
KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA: 3 – odpowiada na komunikat; 4 – tworzy spontaniczne komunikaty; 6 – nawiązuje relację; 8 – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; 10 – obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim; 13 – wyraża zadowolenie; 17 – idzie na kompromis; 24 – lubi być wspierany przez terapeutę; 37 – rozwija interakcję F – uderza zgodnie z metrum/pulsem G – zaczyna poruszać się lub grać rytmicznie w odpowiedzi na muzykę H – improwizuje ruchowo/instrumentalnie/wokalnie interaktywnie z grą /śpiewem terapeuty M – zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty N – wykazuje zróżnicowanie dynamiczne jako formę muzycznej odpowiedzi Q – uderzając w instrument, wskazuje na świadome rozpoznanie głównego elementu muzycznego (tempo) R – dodaje instrumenty/aktywności w celu zwiększenia naprzemienności muzycznej z terapeutą T – nie jest liderem; stosuje naprzemienną muzyczną do podtrzymywania relacji S – ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę BB – jest zmotywowany, aby spontanicznie improwizować oraz prowadzić terapeutę CC – zauważa się zmiany muzyczne sposobu wykonawstwa i jakości brzmienia pod wpływem improwizacji terapeuty DD – celowo porusza ciałem do tworzonej muzyki (odkrywa swobodę) GG – odpowiada naprzemiennie terapeutce, który nadaje ekspresji dziecka muzyczną formę II – ukazuje emocjonalną wrażliwość na muzyczne komponenty ŁŁ – sam decyduje o grze, jej jakości i sposobie KATEGORIA KOMUNIKACYJNA: 14 – werbalnie i/lub niewerbalnie nawiązuje kontakt/interakcję; 25 – wykorzystuje werbalne formy komunikacji; 31 – posiada bogate słownictwo i je rozumie; 32 – posiada umiejętność produkowania jasnych komunikatów werbalnych mających na celu wyrażenie chęci/wyboru/potrzeby		
Niepożądane zachowania muzyczne	E (nie włączył się w śpiewanie piosenki) C (podczas piosenki śpiewanej aktywność chłopca była raczej przeciętna) O (stopniowo tracił zainteresowanie graniem) B (wydawał się skupiony na dźwiękach tworzonych przez siebie, a nie na wspólnym graniu)	C (chłopiec podczas piosenki powitalnej nie uaktywniał się muzycznie, pomimo zachęcania terapeuty) E, F (chłopcu trudno było się skoncentrować – prowadzący wielokrotnie nakierowywał chłopca na czynności związane z sesją) O (prawidłowo wykonywał muzyczne

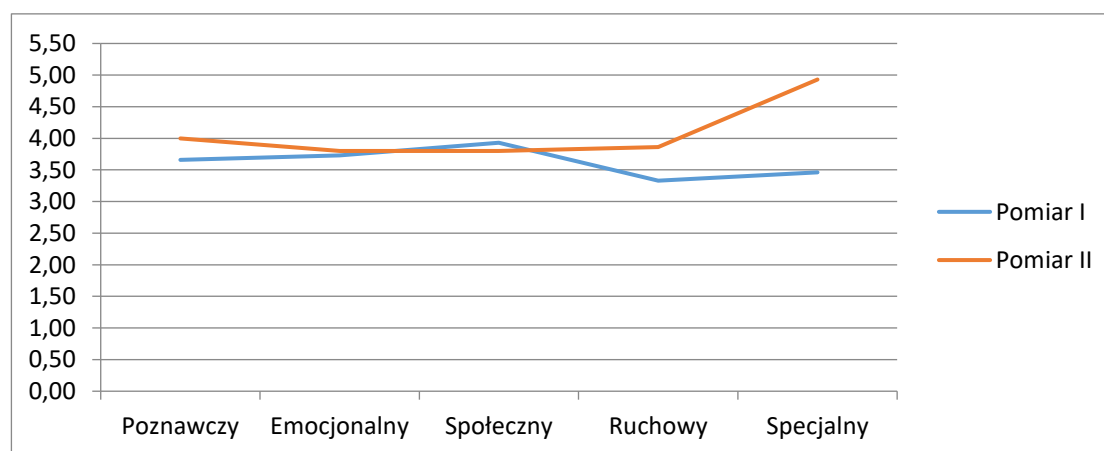
	<p>L, Q (z czasem zaczął wydawać się znudzony, przestał zwracać uwagę na piosenkę tworzoną przez terapeutę)</p> <p>O (podczas wyskoków szybko się zmęczył, zaprzestając dalszego skakania)</p> <p>7 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>0 motorycznych niepożądanych zachowań muzycznych</p>	<p>polecenia, choć z biegiem piosenki jego aktywność obniżała się (później terapeuta parokrotnie, wokalnie i ruchowo, wskazywał na dane polecenie, aż chłopiec odzyskał motywację do kontynuacji zabawy)</p> <p>4 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne</p> <p>0 motorycznych niepożądanych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>B – jest całkowicie niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>C – jest częściowo niepodatny na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>E – powstrzymuje się od wspólnej aktywności</p> <p>F – nie śpiewa, nie używa instrumentów</p> <p>L – jest obojętny i nie naśladuje sposobu korzystania z instrumentów</p> <p>O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się</p> <p>Q – nie reaguje na zmiany muzyczne</p>		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>K (czasem uderzał w instrument w taki sposób, że nie było związku pomiędzy grą chłopca a terapeuty)</p> <p>A (komunikował, że nie chce śpiewać ani grać)</p> <p>24, A (nagle odłożył gitarę, mówiąc, że nie potrafi na niej grać; terapeuta zaproponował pomoc w graniu, chwytając odpowiednie chwyt; chłopiec ponownie odrzucił gitarę, twierdząc, że nie potrafi na niej grać)</p> <p>E (podczas piosenki pożegnalnej nie włączył się w śpiewanie lub granie na instrumencie)</p> <p>5 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań</p>	<p>22 (potrzebował wielu powtórzeń polecenia, aby wykonać dane działanie)</p> <p>K (w trakcie gry terapeuty koncentrował się bardziej na swoim instrumencie niż na materiale terapeuty)</p> <p>B (podszedł na chwilę do pianina i zaczął bardzo ekspresyjnie eksplorować pianino pod względem rytmicznym i dynamicznym; była to krótka improwizacja, prawdopodobnie stanowiąca formę odskoczni od wspólnych działań z terapeutą)</p> <p>C (bawił się chustami, ale nie aktywizował się muzycznie)</p> <p>L (czasem chciał kierować sesją, proponując swoje aktywności w sposób dyrektywny)</p> <p>2 społeczno-emocjonalne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne</p>

	muzycznych 0 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych	3 komunikacyjne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne
KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA: 24 – odrzuca, odpycha terapeutę A – nie używa instrumentów – brak aktywności, relacji E – jest nieruchliwy K – nie reaguje na wprowadzane przez terapeutę zmiany muzyczne L – kieruje terapeutą w sposób dyrektywny; nie zważa na drugą osobę KATEGORIA KOMUNIKACYJNA: 22 – nie reaguje na polecenia B – uderza w instrumenty w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna; C – milczy, jest nieaktywny		

Podsumowanie wyników

Na wykresie SOZ-D (tabela 27) można dostrzec, że w rozwoju poszczególnych sfer u Miłosza wystąpiły zmiany. Małe różnice pojawiły się w sferze poznawczej chłopca. Rozwój emocjonalny pozostał bez zmian, natomiast rozwój społeczny minimalnie się pogorszył. Znaczące różnice można zauważyć w sferze ruchowej oraz specjalnej. Przedstawiony w tabeli 27 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 27. Przypadek Miłosza – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 11, natomiast na ostatniej sesji zwiększyła się do 17. W sferze społecznej również można dostrzec poprawę: w pierwszym pomiarze odnotowano 23 aktywności, a w drugim 28. Jeśli chodzi o zachowania oparte (w tym przypadku) na odrzuceniu, liczba ta nieznacznie zmalała. W pierwszym pomiarze pojawiło się jedno zachowanie o charakterze niepożądanym, natomiast w postępie żadne.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze za brak muzycznej odpowiedzi otrzymało 7 pkt. Za komunikacyjne zachowania względem terapeuty dziecko otrzymało 12 pkt, a za działania o ograniczonej aktywności ekspresyjnej 5 pkt. Tendencja wzrostowa pojawiła się we wszystkich obszarach. W drugim pomiarze pojawiło się jedno zachowanie o wymiarze negatywnym oraz 20 zachowań opisywanych jako formy interakcji muzycznej. Ponadto (podobnie jak w pomiarze I) wystąpiły działania o ograniczonej aktywności dziecka – liczba tych zachowań nie zmieniła się w stosunku do pomiaru I. Analiza skali I pokazuje różnice w liczbie pożądanych i niepożądanych zachowań. Porównując dane z pierwszego i drugiego pomiaru, dostrzegamy, że w drugiej obserwacji liczba zachowań pożądanych wzrosła, a niepożądanych zmalała.

Podobne wnioski można wysunąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej działań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach względem terapeuty – 11 pkt. Za działania związane z pobudzoną świadomością oraz odpowiedziami wywołanymi przez terapeutę uzyskano 10 pkt. W działaniach opartych na budowaniu relacji liczba punktów wyniosła 9. W drugim pomiarze odnotowano wzrost zachowań ukazujących możliwości budowania i inicjowania muzycznego kontaktu za pomocą wielu form ekspresji (12 pkt), natomiast liczba zachowań opartych na braku reakcji zmalała (6 pkt). Zmalała również liczba zachowań związanych z pobudzoną świadomością muzyczną (8 pkt). Podobnie jak w skali I, wyniki tej skali wskazują na wzrost pożądanych zachowań muzycznych i spadek zachowań niepożądanych.

Podobne wnioski wynikają z liczbowych zestawień poszczególnych kategorii badawczych. Sfera poznawcza i motoryczna znacznie się polepszyły. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej odnotowano 20 zachowań, w drugim 38. W sferze motorycznej podczas pierwszej obserwacji wystąpiły 4 aktywności, a podczas drugiej – 8. Sfera społeczno-emocjonalna uległa pogorszeniu. W pierwszym pomiarze liczba zachowań w sferze społeczno-emocjonalnej wyniosła 24, w drugim pomiarze 19 (nieznaczny spadek). Sfera komunikacyjna natomiast polepszyła się: z 3 zachowań (pomiar I) na 5 (pomiar II).

W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 7 obecności (pomiar I) i 4 (pomiar II), co obrazuje wyraźny spadek. W sferze motorycznej w pierwszym i drugim pomiarze odnotowano 0. W odniesieniu do niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych z obszaru społeczno-emocjonalnego w pomiarze I odnotowano 5 aktywności, a w pomiarze II ich liczba zmalała do 2. W przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym liczba ta najpierw wyniosła 0 (pomiar I), a następnie zwiększyła się do 3 (pomiar II). Podobnie jak w skalach I i II, dane z kategorii badawczych ukazują wzrost zachowań pożądanых, a spadek zachowań niepożądanych (z wyłączeniem niepożądanych relacyjnych zachowań w obrębie komunikacji, gdzie odnotowano wzrost).

Tabela 28. Przypadek Miłosza – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	–
		gaworzenie	–	–
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	–	+ (poszczególne słowa piosenki o wiosnie)
		łączenie słów/zdania	++ („Tupanie nogami jest trudne”; „Nie potrafię grać na gitarze”)	++ (zdania związane z porą roku; zdania związane z odpowiednim kolorem)
		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	++ (werbalnie)	+++ (werbalnie)
		identyfikacja	++ (werbalnie: części ciała; liczby)	+++++ (części ciała; piosenka <i>Kaczka dziwaczka</i> ; komendy:

				„cicho”, „głośno”, „do góry”, „na dół”; elementy związane z porą roku; kolory)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	–
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	++++	++++
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	–
		odpowiedzi na pytania otwarte	+	+
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	+(powitanie – niewerbalnie)	+(pożegnanie – werbalnie)
		odbiór/odpowiedź na komunikat	–	++++
		spontaniczne komentarze	+	–
		inicjowanie rozmowy	–	–
		brak kontaktu wzrokowego	–	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	–	–
		właściwy kontakt wzrokowy	++	+++
		reakcja na imię	–	–
		obserwowanie innych	++	++++
		naśladowanie innych	+++	+
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	++++	+++++
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	++	++++
		społeczny uśmiech	++	+
		śmianie się	–	–
		właściwa interakcja	++++	++
		naprzemienność stron	++	++
		inicjowanie zmian	–	+
	zachowanie	stymulacja słuchowe	–	–
		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–

		poruszanie przedmiotami	–	–
		stymulacje węchowe	–	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	–	–
		stymulacje ruchowe	–	–
	inne zachowania	agresja	–	–
		działania destrukcyjne	–	–
		działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	+	–
		odrzućcie	–	–
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	1	1
		niepewna akceptacja (2a)	2	0
		duża sprzeczność-odrzućcie (2b)	4	0
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	5	4
		aktywny rozwój interakcji (4)	6	7
		praca nad relacją (5a)	3	5
		muzyczna asertywność (5b)	1	2
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	2	4
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	1
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzućcie (1b)	0	0
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzućciu (2)	0	0
		działania wymijające i obronne (3)	0	1
		przekora i/lub manipulacja (4)	1	1

		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	0	0
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	7	3
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	4	3
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	4	3
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	6	5
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	1	0
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	0
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	2	1
		wzrastające zaangażowanie (5c)	1	5
		uczestnictwo w interakcji (6a)	2	2
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	2	2
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	2	1
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych	0	1

		umiejętności do budowania komunikacji (7a)		
		entuzjazm z muzycznej ekspresji (7b)	0	0
Kategorie badawcze	pożądane zachowanie muzyczne	POZNAWCZA	20	38
		MOTORYCZNA	4	8
	pożądane relacyjne zachowanie muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	24	19
		KOMUNIKACYJNA	3	5
	niepożądane zachowanie muzyczne	POZNAWCZA	7	4
		MOTORYCZNA	0	0
	niepożądane relacyjne zachowanie muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	5	2
		KOMUNIKACYJNA	0	3

Podsumowując zmiany zaobserwowane u Miłosa, można zauważyć dostrzegalne różnice w obszarze sfery poznawczej. Mniej spektakularne zmiany rysują się w obszarach zachowań niepożądanych. Spadek odnotowano również w sferze społeczno-emocjonalnej. Podczas ostatniej sesji Miłosz wykazywał się kreatywnością i pomysłowością. Czasem chciał kierować sesją, bawić się w zaproponowane przez siebie zabawy, przekonując do tego terapeutę (stąd pojawiła się muzyczna zabawa w zamianę roli czy próba śpiewania piosenki na różne sposoby). W sposób zdecydowany wyrażał swoje niezadowolenie oraz swoje potrzeby (np. przy wyborze instrumentu). Jednak za namową terapeuty chłopiec podążał za jego propozycjami. Podczas wykonywania dobrze znanych piosenek (*Głowa, ramiona, kolana, pięty*) potrafił się skoncentrować na aktywności ruchowej, łącząc ruch z głosem. Przy innej piosence (*Kaczka dziwaczka*) chłopiec słuchał materiału muzycznego, dostosowując się do terapeuty lub podążając za zmianami, które miały na celu zwiększanie jego aktywności muzycznej. *Uciekający bęben* był kolejną piosenką muzyczno-ruchową wspomagającą motorykę małą i dużą dziecka oraz jego sferę poznawczą. Podczas strukturalnych improwizacji Miłosz czekał na swoją kolej, choć w trakcie gry terapeuty koncentrował się bardziej na swoim instrumencie niż na materiale terapeuty. W różnych zabawach muzycznych podążał za wskazówkami, skupiał się na ich realizacji – gdy się nie dekoncentrował i był

zaangażowany w dane działanie, uśmiechał się i nawiązywał właściwy kontakt wzrokowy. Z biegiem procesu muzykoterapeutycznego można było dostrzec postęp rozwojowy w obszarze muzycznym – chłopiec zachowywał tonację piosenki, śpiewając z terapeutą, reagował na zmiany metrum, tempa; odzwierciedlał puls oraz rytm piosenki; śpiewając zachowywał odpowiednie interwały; ekspresyjnie grał na talerzu, bębnie czy pianinie oraz oddawał ruchem rytmiczność piosenki.

Doświadczenia odtwórcze sprawiały, że Miłosz rozwijał swój poznawczy obszar. Chętniej włączał się w działania strukturalne, mając do zrealizowania konkretne zadania (czy w piosence, czy w improwizacji). Swobodną improwizację natomiast traktował jako formę odreagowania oraz sensorycznego poznania. Dzięki znajomości struktury mógł kontrolować sytuację, co pozytywnie wpływało na jego sferę społeczno-emocjonalną. Doświadczenie słuchania (z rekwizytami w postaci chust) działało na chłopca bardzo kojąco – dziecko uspokajało się i poddawało działaniom terapeuty. Działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały na chłopca, były: działania odtwórcze (sfera poznawcza, komunikacyjna), improwizacyjne (społeczno-emocjonalna, sensoryczna) oraz słuchanie (motoryczna i poznawcza).

4.1.7 Przypadek Natalii

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Natalia (4 lata) jest dzieckiem ze zdiagnozowanym autyzmem wysoko funkcjonującym (diagnoza postawiona w 2012 roku). Jej umiejętności poznawcze oraz komunikacyjne (werbalne) są w normie, a nawet ją przekraczają. W okresie prowadzenia badania dziewczynka uczęszczała do przedszkola integracyjnego prowadzonego metodą Montessori, w którym ma m.in. zajęcia z logopedą czy fizjoterapeutą. Ponadto Natalia uczęszcza na zajęcia z dogoterapii oraz hipoterapii. W kwestionariuszu uzupełniającym rodzice podali, że u Natalii zdarzają się zachowania niepożądane polegające na samookaleczaniu się (bicie po twarzy, gryzienie), płacz, wpadanie we wściekłość, gdy doświadczy niepowodzenia w związku z wykonywaną czynnością lub kiedy uderzy się o coś podczas zabawy. Jeśli chodzi o inne zachowania niepożądane, np. działania stereotypowe lub powtarzające się, to ustąpiły one przed rozpoczęciem badania. Natalia trudno reaguje na nowe sytuacje, zazwyczaj trzyma się blisko rodzica i płacze, co wynika z dużego poziomu lęku przed nowymi zdarzeniami i osobami (zwłaszcza przed dużą grupą), jednak chętnie nawiązuje interakcje z osobami, które zna i akceptuje. Rodzice wykazali również u Natalii

nadwrażliwość słuchową, zwłaszcza na głośne i niespodziewane dźwięki, oraz nadwrażliwość dotykową.

Natalia w opinii rodziców jest bardzo sprawna manualnie, ma bardzo dobrą pamięć, a aktywności, którymi jest zainteresowana i które lubi wykonywać, są związane z muzyką (taniec, śpiewanie). Lubi pochwały, buziaki, brawa od zaufanej osoby/terapeuty, dzięki temu czuje się jeszcze bardziej zmotywowana do dalszych aktywności. Nie lubi sukienek, obcisłych ubrań. Angażuje się w wiele fizycznych aktywności (hulajnoga, zabawy z piłką). Na pytanie: *Z jakim rodzajem muzyki dziecko ma do czynienia w różnych miejscach?* rodzice odpowiedzieli, że jest to najczęściej muzyka z odtwarzacza, raczej muzyka dla dzieci oraz pop. Natalia nigdy wcześniej nie uczęszczała na zajęcia z muzykoterapii. Nie miała do czynienia z muzyką na żywo, gdyż rodzice obawiali się jej reakcji na pojawiające się przeważnie w trakcie koncertów głośne lub ostre dźwięki, które zapewne byłyby dla niej nieprzyjemne czy drażniące.

Pierwsza rejestrowana sesja

Natalia wykazywała początkowo niechęć uczestniczenia w zajęciach [ADSA: odrzucenie]. Przez większą część sesji siedziała na dywanie bez ruchu. Była uważna i swoim przenikliwym wzrokiem obserwowała terapeutę oraz jego muzyczne działania [ADSA: obserwowanie innych; natarczywy kontakt wzrokowy; NR I: 1 U; NR II: 1/instr./wokal/ruch]. Jej mina wyraźnie wskazywała na brak zadowolenia [ADSA: odrzucenie]. Aby odwrócić uwagę od siebie, dziewczynka zaczęła zajmować się zabawką, którą ze sobą przyniosła. Podrzucała ją, szurała nią po podłodze, chowała ją za nogi [ADSA: poruszanie przedmiotami; NR I: 1b U; NR II: 1/ruch]. Taka sekwencja została powtórzona parokrotnie. Zgodnie z zasadą dostrajania terapeuta starał się muzycznie naśladować ruchy i działania dziecka poprzez zastosowanie odpowiednich środków muzycznych: (intensywność, rytm, dynamika). Dziecko już pod chwili zauważyło związek pomiędzy ruchami zabawki a muzyką graną na gitarze, co wskazywało na dużą świadomość muzyczną dziecka i rozumienie sytuacji terapeutycznej [ADSA: obserwowanie innych; właściwy kontakt wzrokowy; NR I: 2a U; NR II: 2/ruch]. Dzięki temu zaangażowanie dziewczynki znacznie wzrosło. Spowodowało to również, że Natalia stawiała się coraz pewniejsza w swoich działaniach, dlatego terapeuta zaproponował aktywności związane z improwizacją instrumentalną – swobodne tworzenie na takich instrumentach, jakie dziecko samo sobie wybierze [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; wskazywanie chęci/wyboru/potrzeby niewerbalnie; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Wyraźnie zaciekawiona dziewczynka zaczęła angażować się w grę na kolorowych

kastanietach. Terapeuta zaproponował piosenkę o żabce, która skakała na poszczególnych częściach ciała. Niestety dziewczynka nie włączyła się w pokazywanie, była skupiona na graniu i na dźwiękach, jakie wydobywała [ADSA: odrzucenie; NR I: 2b U; NR II: 2/instr; NR II: 1/wokal]. Przez jakiś czas nie zwracała uwagi na terapeutę. Dopiero gdy terapeuta zaczął w dynamiczny sposób pokazywać na sobie odpowiednie części ciała, dziecko zaczęło go obserwować i uśmiechać się do niego oraz nawiązywać kontakt wzrokowy [ADSA: obserwowanie innych; śmianie się; kontakt wzrokowy; NR I: 2a U; NR II: 2/ruch]. Natalia była pochłonięta instrumentami, ich eksploracją. Grała na nich dość chaotycznie – kilka razy uderzała w instrument, po czym zmieniała go na inny [NR I: 3 O; NR II: 2/instr.]. Od czasu do czasu nawiązywała kontakt wzrokowy z terapeutą [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy]. Terapeuta akompaniował dziewczynce, ale ona nie reagowała na muzyczny materiał terapeuty [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/instr.]. W pewnym momencie odłożyła instrumenty i zatkała sobie uszy [ADSA: stymulacje słuchowe], a terapeuta przestał grać na gitarze [NR I: 1b O; NR II: 1/ruch/instr.]. Po dłuższej chwili terapeuta zainicjował grę na pudle rezonansowym – dziecko powróciło do eksploracji kastanietów [NR I: 3 U; NR II: 3/instr.]. Natalia obserwowała terapeutę z uwagą [ADSA: obserwowanie innych]. Około siedemnastej minuty dziecko po raz pierwszy zaczęło komunikować się werbalnie poprzez określanie kolorów instrumentów, zaczynając od określeń angielskich [ADSA: słowo „kolory”; identyfikacja kolorów werbalnie; inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 3 U; NR II 2/wokal]. Zgodnie ze strategią społeczną opartą na podążaniu za materiałem muzycznym dziecka terapeuta zaczął odzwierciedlać nazwy kolorów. Dzięki temu Natalia zainicjowała piosenkę o kolorach [ADSA: odbiór komunikatu; NR II: 3/wokal]. Terapeuta wprowadził stały motyw muzyczny (oparty na idiomie bluesa), który stał się formą towarzyszenia dziecku w jej tworzeniu piosenki. Charakter bluesowy sprawił, że dziewczynka zaczęła się angażować w proces tworzenia coraz mocniej, zarówno w postaci śpiewania, jak i grania na prostych instrumentach perkusyjnych [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr./wokal]. W miarę klarowania się struktury piosenki Natalia dodawała nowe słowa – nie tylko podstawowe kolory, ale również imiona osób dla siebie ważnych: taty oraz brata [ADSA: łączenie słów: imiona poszczególnych osób oraz kolory, które lubią; identyfikacja imion; inicjowanie zmian; NR II: 5c/instr./wokal]. W trakcie tworzenia piosenki dziecko obserwowało terapeutę i wsłuchiwało się w muzyczne odzwierciedlenia terapeuty, który czasem dośpiewywał poszczególne słowa oparte na kolorach czy imionach osób [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 4 U]. Proces naśladowania bardzo spodobał się dziecku [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi]. Odczuwana przyjemność spowodowała, że Natalia

zaczęła dodawać nowe kolory, które stały się formą wariacji materiału muzycznego o kolorach [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; społeczny uśmiech]. Z czasem pod wpływem piosenki zaczęła wyjmować nowe instrumenty, które stały częścią wspomnianej wspólnej aranżacji [ADSA: inicjowanie zmian; NR I: 5c U; NR II: 5c/instr.]. Natalia nie angażowała się w śpiewanie – ograniczała się raczej do dopowiadania kolorów i gry na kastanietach [NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.]. Akceptowała zwiększającą się dynamikę piosenki, co było istotne, zważywszy na jej nadwrażliwość na głośne dźwięki. Jeśli chodzi o kontakt wzrokowy, początkowo wzrok dziecka był skoncentrowany na przedmiotach [ADSA: brak kontaktu wzrokowego]. Jednakże z biegiem czasu podczas śpiewania o kolorach kontakt ten zaczął się pojawiać [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy]. Pod koniec sesji działania muzyczne dziecka stały się świadome i bardziej odważne, jednak wciąż można było zauważyć momenty wycofania się i lęku [ADSA: odrzucenie; NR I: 2 O; NR II: 1/instr./ruch]. Podczas sesji dwukrotnie zdarzały się momenty, w których dziecko zatykało sobie uszy i znacznie ograniczało swoją aktywność [ADSA: stymulacje słuchowe; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Nastrój Natalii na przestrzeni całej sesji muzykoterapeutycznej znacznie się poprawił, jednak pod koniec wydawała się wycofywać z aktywności i gestem komunikowała chęć wyjścia z sali [ADSA: odrzucenie; wskazywanie chęci/wyboru/potrzeby niewerbalnie; NR I: 2 O; NR II: 1/ruch]. Na piosenkę pożegnalną nie zareagowała w żaden sposób – nie śpiewała, nie grała, tylko wskazywała wyjście [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/instr./wokal].

Pierwsza rejestrowana sesja pokazała, że dziewczynka reagowała na muzyczny materiał, odbierała go i włączała się do wspólnego tworzenia poprzez krótkie momenty improwizacji czy tworzonej piosenki. Natalia ujawniła bardzo duży potencjał muzyczny, dzięki któremu zaistniała możliwość budowania dalszej relacji w procesie muzykoterapeutycznym.

Ostatnia rejestrowana sesja

Podczas ostatniej sesji Natalia była skupiona, podążała za poleceniami, okazywała chęć do wykonywania zadań muzykoterapeutycznych i była w nie bardzo zaangażowana [ADSA: podążanie za wskazówkami; NR I: 4 U; NR II: 4a/ruch]. Pozytywnie reagowała na piosenkę powitalną z częściami ciała – wskazywała je i proponowała inne części ciała, które mogłyby się znaleźć w piosence [ADSA: reakcja na powitanie werbalnie; inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 5b U; NR II: 5c/ruch]. Kołysała się w rytm muzyki na poduszce i słuchała poszczególnych zwrotek piosenki [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 6 U; NR II: 6a/ruch]. Nie śpiewała, za to wypowiadała spontaniczne komentarze po

piosence („Chciałabym mieć taką prawdziwą gitarę”) [ADSA: spontaniczne komentarze]. Potrafiła odzwierciedlić rytm/puls śpiewanej piosenki bez jakiegokolwiek sugestii terapeuty [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5c U; NR II: 5c/ruch]. Spontanicznie dokonywała ekspresyjnej kombinacji muzycznej, stosując głos, instrumenty, działania ruchowe [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 6 U; NR II: 6a/instr./wokal/ruch]. Granie głośno na instrumentach sprawiało dziecku dużo satysfakcji [ADSA: uśmiech społeczny]. Kilkakrotnie podeszła do gitary, pokazując, że potrafi na niej grać, swobodnie i bez wcześniejszego lęku przed jej brzmieniem i fakturą [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; inicjowanie zmian; NR I: 5c U; NR II: 6b/instr.]. Pokazywała terapeutę, jak może grać na gitarze coraz głośniej. Inicjowała swobodną rozmowę – mówiła pełnymi zdaniami oraz wykazywała się dużą pomysłowością („Jak będę miała 55 lat, to będę grała na gitarze jeszcze głośniej niż teraz”) [ADSA: inicjowanie rozmowy; łączenie słów].

Podczas sesji Natalia wykazywała dużą sprawność motoryczną i podział uwagi – większość aktywności przesiadywała na stabilizującej poduszce, na której trudno było utrzymać równowagę przez dłuższy czas. Dziewczynka była aktywna wokalnie – śpiewała zaproponowaną piosenkę o częściach ciała (*Głowa, ramiona, kolana, pięty*), później za namową terapeuty zaczęła prawidłowo je pokazywać [ADSA: podążanie za wskazówkami; odbiór komunikatu; słowa piosenki; identyfikacja części ciała; NR I: 5a U; NR II: 5c/wokal; 3/ruch]. Ponadto poruszała częściami ciała w stałym pulsie i rytmie piosenki [ADSA: inicjowanie zmian; NR I: 5c U; NR II: 5c/ruch]. Po zakończonej piosence dziewczynka śmiała się i odczuwała radość z pochwały [ADSA: społeczny uśmiech]. Ponownie wypowiadała spontaniczne komentarze [ADSA: spontaniczne komentarze]. Z biegiem sesji terapeuta proponował zabawę w podążanie za wskazówkami – Natalia poruszała się na poduszce stabilizującej, a na hasło „stop” z niej zeskakiwała. Dziewczynka z satysfakcją podążała za śpiewanymi wskazówkami, czasem można było dostrzec miarowość jej ruchów w konotacji do muzycznego materiału terapeuty [ADSA: podążanie za wskazówkami; odbiór komunikatu; NR I: 4 U; NR II: 5b/ruch].

Tupała rytm nowo poznanej piosenki o małpkach [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5c U; NR II: 5b/ruch]. Przy powtarzaniu piosenki wokalizowała naprzemiennie samogłoski występujące w piosence [ADSA: naprzemienność stron; wokalizacje; właściwa interakcja; podążanie za wskazówkami; NR I: 5a U; NR II: 6a/wokal]. Rozumiała wszystkie pytania terapeuty odnoszące się do piosenki – np. co małpki robią w piosence. Natalia bez większych trudności odpowiadała na pytania, pokazując na sobie [ADSA: odpowiedzi na pytania otwarte].

Około trzynastej minuty sesji terapeuta zaproponował zabawę *Na bębnie graj*, w której dziewczynka miała uderzać w bęben w odpowiednich momentach – wtedy kiedy terapeuta podkładał jej instrument. Była skoncentrowana, nawiązywała kontakt wzrokowy z terapeutą i wykazywała duże zainteresowanie zabawą [ADSA: podążała za wskazówkami; właściwy kontakt wzrokowy; naprzemiennosc stron; NR I: 5a U; NR II: 5b/instr.]. Uderzała w bęben w odpowiednich momentach. Podczas gry musiała aktywizować jedną rękę, potem dwie jednocześnie. Natalia wykazywała się dużą aktywnością fizyczną i umiejętnością koordynacji [NR II: 6b/ruch]. Po zabawie nastąpiła zamiana ról – teraz to dziewczynka prowadziła terapeutę, co sprawiło, że dziecko ponownie odczuwało wiele radości z prowadzenia zabawy [ADSA: inicjowanie zmian w obrębie zabawy; NR I: 5c U; NR II: 7b/ruch].

Około siedemnastej minuty sesji dziewczynka wyraziła chęć grania na instrumentach za pomocą palczek [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru werbalnie; NR I: 5b U]. Bardzo dużo spontanicznie mówiła [ADSA: spontaniczne komentarze]. W kolejnej piosence (o żabkach) współuczestniczyła z terapeutą, grając na instrumentach – kastanietach i bębnie [ADSA: właściwa interakcja]. Odzwierciedlała rytm piosenki, reagowała na zmiany tempa i dynamiki [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 5a U; NR II: 6a/instr.]. Czasem przechodziła do grania pulsu piosenki – w trakcie muzycznego odtwarzania była wrażliwa na zmiany muzyczne [ADSA: inicjowanie zmian; NR I: 5c U; NR II: 6c/instr.]. Wykazywała dużą aktywność związaną z nawiązywaniem kontaktu werbalnego i niewerbalnego z terapeutą [ADSA: właściwa interakcja]. W pewnym momencie zaczęła grać jednocześnie na bębnie i kastanietach, nawiązując kontakt wzrokowy z terapeutą oraz uśmiechając się do niego [ADSA: właściwy kontakt wzrokowy; uśmiech społeczny; NR I: 6 U; NR II: 7b/instr.].

W trakcie sesji terapeuta zaproponował zabawę z ponownym podążaniem za komendami odnoszącymi się do grania: „głośno”, „cicho”, „góra”, „dół” i „stop”. Dziewczynka miała podążać za odpowiednimi wskazówkami, o których śpiewał prowadzący [ADSA: podążanie za wskazówkami; identyfikacja komend]. Podczas tłumaczenia zasad zabawy dziewczynka z zaangażowaniem zgodziła się w nią włączyć („No dobra”) [ADSA: odpowiedzi „tak”/„nie”], ponownie zachowując puls piosenki nadany przez terapeutę. Reagowała swoją grą prawidłowo na wszystkie muzyczne polecenia [ADSA: odbiór komunikatu; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.].

W trakcie całej sesji zauważało się brak jakichkolwiek form wycofywania się czy izolacji od sytuacji terapeutycznej lub terapeuty. Dziewczynka włączała się w muzyczną

relację z terapeutą z dużą motywacją i zaangażowaniem, zwłaszcza podczas strukturalnych aktywności w formie piosenki czy utworu instrumentalnego. Technika odtwarzania była dla Natalii początkiem budowania struktury muzycznej, która stała się punktem wyjścia do tworzenia krótkich form improwizowanych. W trakcie sesji dziewczynka proponowała swoje formy ekspresji – zwłaszcza podczas tańca z chustami, gdy terapeuta śpiewał piosenkę o wiosennym wietrze [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 5c U; NR II: 6b/instr.]. Terapeuta dał dziecku możliwość wykonywania wielorakich ekspresyjnych działań. Natalia poruszała się do muzyki z chustami, rozrzucała je oraz biegała z nimi po sali. Dużo komentowała werbalnie na temat kolorów chust [ADSA: łączenie słów]. W trakcie swobodnych działań uśmiechała się, nawiązywała kontakt wzrokowy i podtrzymywała muzyczną i niemuzyczną relację [ADSA: właściwa interakcja; właściwy kontakt wzrokowy; uśmiech społeczny; NR I: 6 U; NR II: 7b/ruch]. Na sesji pojawiała się pewna zależność – dziewczynka reagowała znacznie większą aktywnością na znane formy muzycznej ekspresji niż na te, które słyszała po raz pierwszy [ADSA: odbiór komunikatu]. W tych dobrze znanych przez siebie momentach czuła się pewnie, bezpiecznie, odczuwając pozytywne doświadczenie całą sobą. W trakcie piosenki pożegnalnej wydawała z siebie różne dźwięki w rytm piosenki [ADSA: wokalizacje; NR I: 5c U; NR II: 6b/wokal]. Śpiewała pojedyncze słowa („pa”), siedząc naprzeciwko terapeuty i odpowiadając na jego muzyczne zatrzymania w piosence [ADSA: słowa piosenki pożegnalnej; właściwy kontakt wzrokowy; właściwa interakcja; odbiór komunikatu; identyfikacja pożegnania; reakcja na pożegnanie werbalnie; NR I: 5a U; 6a/wokal].

Tabela 29. Przypadek Natalii – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (18 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	BB (zaciekawiona, zaczęła angażować się w grę na kolorowych kastanietach) BB (ponownie pochłonięta instrumentami i ich eksploracją) BB (znów wraca do eksploracji kastanietów) 15 (określała kolory instrumentów, zaczynając od angielskich określeń) BBB (terapeuta zaczął odzwierciedlać nazwy kolorów, dzięki temu dziewczynka zainicjowała piosenkę o kolorach;	1 (skupiona podczas sesji) 8, 14 (wskazywała części ciała i wysuwała własne propozycje do wskazania) P (potrafiła odzwierciedlić rytm/puls śpiewanej piosenki) ZZ (stosowała kombinację muzycznej ekspresji, łącząc głos, instrumenty i ruch) AA, BB (pokazywała, jak coraz głośniejsze może grać na gitarze) 1, 30, 33, 35 (wykazywała dużą sprawność motoryczną i podział uwagi – większość

	<p>terapeuta wprowadził stały motyw muzyczny oparty na idiomie bluesa, który stał się formą towarzyszenia dziecku w jej tworzeniu piosenki)</p> <p>MMM (charakter bluesowy sprawił, że dziewczynka coraz mocniej zaczęła się angażować w proces tworzenia, zarówno pod względem śpiewania, jak i grania na prostych instrumentach perkusyjnych)</p> <p>EEE (dodawala nowe słowa – nie tylko podstawowe kolory, ale również imiona osób dla siebie ważnych: taty oraz brata)</p> <p>NN (w trakcie tworzenia piosenki obserwowała i wsłuchiwała się w muzyczne odzwierciedlenia terapeuty, który czasem dośpiewywał poszczególne słowa oparte na kolorach czy imionach osób)</p> <p>7 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>1 motoryczne pożądane zachowanie</p>	<p>aktywności przesiedziała na stabilizującej poduszce, na której trudno utrzymać równowagę przez dłuższy czas)</p> <p>A, D, 29, 34 (była aktywna wokalnie – śpiewała zaproponowaną piosenkę o częściach ciała (<i>Głowa, ramiona, kolana, pięty</i>))</p> <p>14, 31 (później za namową terapeuty, zaczęła prawidłowo je pokazywać)</p> <p>QQ (poruszała częściami ciała w stałym pulsie i rytmie piosenki)</p> <p>TT (tupała rytm nowo poznanej piosenki o małpkach)</p> <p>B (podczas powtórzenia piosenki wokalizowała na samogłoskach)</p> <p>28, 31, 35 (uderzała w bęben w odpowiednich momentach, podczas gry aktywizowała jedną rękę, potem dwie jednocześnie)</p> <p>11, 33 (wykazywała się dużą aktywnością fizyczną i umiejętnością koordynacji)</p> <p>DD (wyraziła chęć grania na instrumentach za pomocą pałeczek)</p> <p>P (kolejną piosenkę – o żabkach – wykonywała wraz z terapeutą, grając na instrumentach – kastanietach i bębnie; odzwierciedlała rytm piosenki, reagowała na zmiany tempa i dynamiki)</p> <p>EE (zaczęła grać jednocześnie na bębnie i kastanietach)</p> <p>26 (rozumiała i wykonywała polecenia związane z komendami – „góra”, „dół” itd.)</p> <p>P (w trakcie piosenki pożegnalnej wydawała z siebie różne dźwięki w rytm piosenki)</p> <p>17 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>13 motorycznych pożądanych zachowań</p>
--	---	--

	muzyczne	muzycznych
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>1 – koncentruje się; 8 – wykazuje pomysłowość; 14 – wskazuje części ciała; 15 – rozróżnia i nazywa kolory; 28 – rozumie, reaguje na polecenia terapeuty i wykonuje je; 29 – samodzielnie i spontanicznie naśladuje czynności</p> <p>A – powtarza wysokość dźwięku B – wokalizuje D – śpiewając lub grając, zachowuje melodyczną strukturę samodzielnie lub pod wpływem terapeuty P – śpiewa/nuci/gra piosenkę, stosując odpowiedni rytm lub tonację BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie EE – stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumencie NN – słucha i odbiera interesujący ją materiał muzyczny ZZ – spontanicznie dokonuje kombinacji muzycznej ekspresji: głos łączy z ruchem lub ruch z grą BBB – pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę EEE – muzyczny charakter (muzykalna aktywność) jest teraz zdecydowanie tworzony przez dziecko</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>11 – zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową; 26 – rozumie i stosuje pojęcia: „lewo”, „prawo”, „na górze”, „na dole”; 30 – wykazuje dużą aktywność fizyczną; 31 – wykorzystuje ręce adekwatnie do przeznaczenia; 33 – wykazuje się dobrą sprawnością motoryczną; 34 – samodzielnie wykonuje działania ruchowe; 35 – kontroluje swoje ruchy podczas aktywności/sesji</p> <p>AA – używa ręki do grania na gitarze DD – chwytą pałkę i używa jej do grania TT – porusza rytmicznie nogami QQ – porusza częściami ciała w stałym rytmie i/lub pulsie MMM – gra i śpiewa w tym samym momencie</p>		
Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>G, D (terapeuta starał się naśladować ruchy dziewczynki bawiącej się zabawką – po chwili dało się zauważyć związki między ruchami zabawki a muzyką graną na gitarze)</p> <p>JJ (wzrastająca świadomość oraz stopniowa akceptacja sytuacji terapeutycznej)</p> <p>P, 34 (swobodne tworzenie na instrumentach, które dziewczynka sama sobie wybrała)</p>	<p>3, 11 (podążała za poleceniami, była chętna do wykonywania zadań i była w nie zaangażowana)</p> <p>2 (pozytywnie reagowała na piosenkę powitalną z częściami ciała)</p> <p>G, 10 (kołysała się w rytm muzyki na poduszce i słuchała zwrotek piosenki)</p> <p>4 (spontanicznie wypowiadała różne komentarze – dużo mówiła)</p> <p>M (potrafiła odzwierciedlić rytm/puls śpiewanej piosenki bez jakiegokolwiek</p>

	<p>3, 8, 10, 13 (dopiero gdy terapeuta zaczął pokazywać na sobie w dynamiczny sposób części ciała, dziecko zaczęło obserwować terapeutę i uśmiechać się do niego oraz nawiązywać kontakt wzrokowy)</p> <p>A (od czasu do czasu podczas eksploracji instrumentów nawiązywała kontakt wzrokowy)</p> <p>A (obserwowała terapeutę z uwagą)</p> <p>25 (dziecko po raz pierwszy zaczęło się komunikować werbalnie)</p> <p>R, 5 (zainicjowała piosenkę o kolorach i ją kontynuowała)</p> <p>ŁŁ (dodawła nowe słowa – nie tylko podstawowe kolory, ale również imiona osób dla siebie ważnych)</p> <p>3, U (proces naśladowania bardzo się jej spodobał)</p> <p>7, 13 (odczuwanie przyjemności spowodowało, że dziewczynka zaczęła dodawać nowe kolory, które stały się formą wariacji materiału muzycznego o kolorach)</p> <p>R (w ramach krystalizowania się nowego materiału muzycznego chętnie wyjmowała inne, nowe instrumenty, które stały się częścią wspomnianej wspólnej aranżacji)</p> <p>P, 34 (nie angażowała się w śpiewanie – raczej dopowiadanie kolorów i granie na kastanietach)</p> <p>JJ, 25 (akceptowała zwiększającą się dynamikę piosenki, co było istotne, zważywszy na jej nadwrażliwość na głośne dźwięki)</p>	<p>sugestii terapeuty)</p> <p>N, 13 (granie głośne na instrumentach dawało dziecku wiele radości; bez wcześniejszego lęku przed ich brzmieniem)</p> <p>5, 30, 31 (inicjowała swobodną rozmowę – mówiła pełnymi zdaniami oraz wykazywała się dużą pomysłowością („Jak będę miała 55 lat, to będę grała na gitarze jeszcze głośniej niż teraz”))</p> <p>13, 16, 24 (po zakończonej piosence śmiała się i odczuwała radość z pochwały terapeuty)</p> <p>4 (ponownie wypowiadała spontaniczne komentarze)</p> <p>3 (poruszała się na poduszce stabilizującej, a na hasło „stop” z niej zeskakiwała; z satysfakcją podążała za śpiewanymi wskazówkami)</p> <p>DD (w działaniach dziewczynki czasem można było dostrzec miarowość ruchów w konotacji z muzycznym materiałem terapeuty)</p> <p>28, GG (naprzemiennie wokalizowała samogłoski wraz z terapeutą)</p> <p>14, 36 (rozumiała pytania odnoszące się do piosenki i odpowiadała na nie niewerbalnie – pokazując na sobie)</p> <p>8, 10 (nawiązywała kontakt wzrokowy i wykazywała duże zainteresowanie zabawą)</p> <p>13, BB (po zabawie nastąpiła zamiana ról – to dziewczynka prowadziła terapeutę, co sprawiło, że ponownie odczuwała wiele radości z zabawy)</p> <p>32 (wyraziła chęć grania na instrumentach za pomocą pałeczek)</p> <p>4 (bardzo dużo spontanicznie mówiła)</p> <p>CC (odzwierciedlała rytm piosenki, reagowała na zmiany tempa i dynamiki)</p>
--	--	---

		<p>M, II (czasem przechodziła do grania pulsu piosenki – w trakcie muzycznego odtwarzania była wrażliwa na zmiany muzyczne)</p> <p>14 (wykazywała dużą aktywność związaną z nawiązywaniem kontaktu werbalnego i niewerbalnego z terapeutą)</p> <p>8, 13 (ponownie nawiązywała kontakt wzrokowy oraz uśmiechała się)</p> <p>3, 36 (podążała za wskazówkami zawartymi w śpiewie prowadzącego)</p> <p>32 (podczas tłumaczenia zasad zabawy dziewczynka z zaangażowaniem zgodziła się włączyć do zabawy – „No dobra”)</p> <p>N (ponownie zachowywała puls piosenki nadany przez terapeutę)</p> <p>EE, DD (proponowała swoje formy ekspresji – zwłaszcza podczas tańca z chustami, gdy terapeuta śpiewał piosenkę o wiosennym wietrze; terapeuta dał dziewczynce możliwość wykonywania wielorakich ekspresyjnych działań; poruszała się do muzyki z chustami, rozrzucała je oraz biegała z nimi po sali)</p> <p>4 (dużo komentowała werbalnie kolory chust)</p> <p>A, V, 13 (w trakcie swobodnych działań uśmiechała się, nawiązywała kontakt wzrokowy i podtrzymywała muzyczną i niemuzyczną relację)</p> <p>2, 28, GG (śpiewała pojedyncze słowa, np. „pa”, siedząc naprzeciwko terapeuty i odpowiadając na jego muzyczne zatrzymania w piosence)</p>
	<p>18 społeczno-emocjonalnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>6 komunikacyjnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych</p>	<p>12 społeczno-emocjonalnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>10 komunikacyjnych pożądanых relacyjnych zachowań muzycznych</p>

KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:

2 – patrzy na terapeutę w trakcie powitania; 3 – odpowiada na komunikat; 4 – tworzy spontaniczne komunikaty; 5 – inicjuje rozmowę/interakcję; 7 – nawiązuje dialog i potrafi go podtrzymać; 8 – utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy; 10 – obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim; 11 – reaguje na sygnały z otoczenia; 13 – wyraża zadowolenie; 16 – wyraża pozytywny stosunek do terapeuty; 24 – lubi być wspierana przez terapeutę

A – patrzy na twarz osoby, która śpiewa lub gra

D – zmienia ruch w odpowiedzi na usłyszaną muzykę

G – zaczyna poruszać się lub grać rytmicznie w odpowiedzi na muzykę

M – zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty

N – wykazuje zróżnicowanie dynamiczne w konkretnych piosenkach lub materiale muzycznym

R – dodaje instrumenty/aktywności w celu zwiększenia naprzemienności muzycznej z terapeutą

U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę

V – radośnie uczestniczy w muzycznej eksploracji wraz z terapeutą (zaufanie)

BB – jest zmotywowana, aby spontanicznie improwizować oraz prowadzić terapeutę

CC – zauważa się zmiany muzyczne sposobu wykonawstwa i jakości brzmienia pod wpływem improwizacji terapeuty

DD – celowo porusza ciałem do tworzonej muzyki (odkrywa swobodę)

EE – tworzy ruchy taneczne, które mogą być uderzająco trafne, w których zauważa się intensywność ekspresji w odpowiedzi na konkretne muzyczne doświadczenie

GG – odpowiada naprzemiennie terapeutce, który nadaje ekspresji dziecka muzyczną formę

II – ukazuje emocjonalną wrażliwość na muzyczne komponenty

JJ – akceptuje sytuacji terapeutycznej

ŁŁ sam decyduje o grze, jej jakości i sposobie

KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:

14 – werbalnie i/lub niewerbalnie nawiązuje kontakt/interakcję; 25 – wykorzystuje werbalne formy komunikacji; 28 – wokalizuje; 30 – łączy słowa w zdania; 31 – posiada bogate słownictwo i je rozumie; 32 – posiada umiejętność produkowania jasnych komunikatów werbalnych mających na celu wyrażenie chęci/wyboru/potrzeby; 34 – wyraża chęć/wybór/potrzebę poprzez alternatywne formy komunikacji; 36 – reaguje na polecenia

P – ukazuje zainteresowanie graniem na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale)

Niepożądane zachowania muzyczne	<p>D, I (zaczęła zajmować się swoją zabawką, którą przyniosła na sesję; podrzucała ją, szurała nią po podłodze, chowała za nogi)</p> <p>O, 17 (terapeuta zaproponował piosenkę o żabce, co skakała na poszczególnych</p>	
---------------------------------	--	--

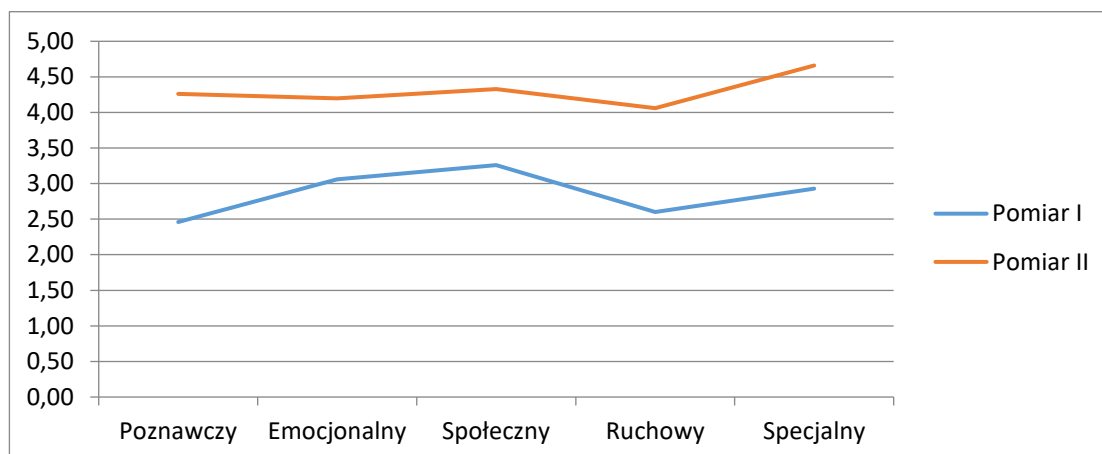
	<p>częściach ciała; niestety dziewczynka nie włączyła się w pokazywanie, była skupiona na graniu i na dźwiękach, jakie wydobywała)</p> <p>B (przez pewien czas nie zwracała uwagi na terapeutę)</p> <p>N (zatykała sobie uszy)</p> <p>N (zatykała sobie uszy)</p> <p>4 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne</p> <p>3 motoryczne niepożądane zachowania muzyczne</p>	<p>0 poznawczych niepożądanych zachowań muzycznych</p> <p>0 motorycznych niepożądanych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>17 – nie wskazuje części ciała</p> <p>B – jest całkowicie niepodatna na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne</p> <p>D – wydaje się niechętna do angażowania się w tworzenie</p> <p>O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>I – interesują ją przedmioty niezwiązane z działaniami muzycznymi</p> <p>N – stymulacje słuchowe</p>		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>A (początkowo wykazywała niechęć do uczestnictwa w zajęciach; przez większą część sesji siedziała na dywanie bez ruchu)</p> <p>C (swoim przenikliwym wzrokiem obserwowała terapeutę i jego muzyczne działania)</p> <p>15 (jej mina wyraźnie wskazywała na brak zadowolenia)</p> <p>B (grała na kastanietach dość chaotycznie – kilka razy uderzała w instrument, po czym zmieniała go na inny)</p> <p>K (terapeuta akompaniował dziewczynce, ale ona nie reagowała na muzyczny materiał terapeutyczny)</p> <p>2, C (w pewnym momencie, odłożyła instrumenty i zatykała sobie uszy, po czym</p>	

	<p>terapeuta przestał grać na gitarze)</p> <p>25 (początkowo wzrok dziewczynki skoncentrowany był na przedmiotach)</p> <p>13, 15 (momenty wycofania i lęku)</p> <p>2 (ponownie zatykała uszy i znacznie ograniczała swoją aktywność)</p> <p>32 (pod koniec wydawała się wycofywać z aktywności i gestem wyrażała chęć wyjścia z sali)</p> <p>A (nie reagowała na piosenkę pożegnalną, wskazywała na wyjście)</p> <p>7 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>6 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>	<p>0 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>0 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>13 – nie nawiązuje kontaktu z terapeutą; 15 – może pojawiać się odczucie przytłoczenia i/lub przerażenia; 25 – brak kontaktu wzrokowego</p> <p>A – nie używa instrumentów – brak aktywności, relacji</p> <p>K – nie reaguje na wprowadzane przez terapeutę zmiany muzyczne</p> <p>KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:</p> <p>2 – stymulacje słuchowe i/lub wzrokowe; 32 – wykazuje chęć opuszczenia sali</p> <p>B – uderza w instrumenty w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna; C – milczy, jest nieaktywna</p>		

Podsumowanie wyników

Na wykresie SOZ-D (tabela 30) można dostrzec, że Natalia poprawiła swój rozwój we wszystkich sferach. Większe różnice pojawiają się w sferze poznawczej, ruchowej oraz specjalnej (czyli obejmującej takie zachowania, jak: stereotypie, agresja, lęk). Przedstawiony w tabeli 30 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 30. Przypadek Natalii – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 4, natomiast na ostatniej sesji wzrosła aż do 18 zachowań o wymiarze komunikacyjnym. W sferze społecznej w pierwszym pomiarze odnotowano 18 aktywności, w drugim natomiast 34. Zarówno w sferze społecznej, jak i komunikacyjnej liczba pożądanych aktywności wzrosła, przy czym największą różnicę liczbową dostrzega się w sferze komunikacji, zarówno w percepcji, jak i w ekspresji. Jeśli chodzi o zachowania oparte na odrzuceniu, braku kontaktu wzrokowego oraz na stymulacjach słuchowych, to liczba tych zachowań znacznie się różni. W pierwszym pomiarze pojawiło się 11 zachowań o charakterze zachowań niepożądanych, natomiast w postępie nie pojawiły się żadne.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze za brak muzycznych odpowiedzi oraz aktywności związanych z odrzuceniem i niepokojem otrzymało aż 11 pkt. Za działania związane z rozwojem muzycznej interakcji dziewczynka otrzymała 4 pkt, a za ograniczoną aktywność ekspresyjną 3 pkt. Inaczej sytuacja rysuje się w trakcie drugiego pomiaru. Wystąpiły aż 22 zachowania związane z rozwojem relacji, wzajemnością oraz pewnością siebie podczas sesji i w relacji. Aktywności w obrębie braku i ograniczonej aktywności nie pojawiły się wcale. Analiza skali I pokazuje bardzo duże różnice w liczbie zachowań pożądanych i niepożądanych.

Podobne wnioski można wysunąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej działań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach względem terapeuty – 19 pkt. Za wywołaną odpowiedź uzyskano 3 pkt oraz 3 pkt za aktywności oparte na zaangażowaniu w muzyczną relację.

W drugim pomiarze pojawia się więcej zachowań ukazujących możliwości budowania i inicjowania muzycznego kontaktu za pomocą wielu form ekspresji (22 pkt) niż działań o charakterze niekomunikacyjnym (0 pkt). Ponadto zmalała liczba zachowań związanych z wywołaną odpowiedzią dziecka (1 pkt). Podobnie jak w skali I, wyniki tej skali wskazują na wzrost pożądanych zachowań muzycznych i znaczny spadek zachowań związanych z brakiem muzycznej aktywności i tym samym interakcji z terapeutą, co może wskazywać na pozytywne oddziaływanie muzykoterapii.

Według liczbowych zestawień poszczególnych kategorii badawczych zarówno sfera poznawcza, jak i sfera motoryczna dziecka znacznie się poprawiły. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej odnotowano 7 zachowań, w drugim pomiarze aż 17. W sferze motorycznej w pierwszym pomiarze wystąpiło 1 zachowanie, a w drugim pomiarze aż 13. Sfera społeczno-emocjonalna i sfera komunikacyjna w drugim pomiarze również uległy poprawie. Podczas pierwszego pomiaru zachowania w sferze społeczno-emocjonalnej wyniosły 18, w drugim pomiarze aż 37. Sfera komunikacyjna poprawiła się: z 6 zachowań (pomiar I) na 10 (pomiar II). W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 4 obecności (pomiar I) i 0 (pomiar II), co pokazuje widoczny spadek niepożądanych aktywności, a nawet ich brak. W sferze motorycznej w pierwszym pomiarze wystąpiły 3 zachowania niepożądane, a w drugim takie zachowanie się nie pojawiło. W odniesieniu do niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych w pierwszym pomiarze w sferze społeczno-emocjonalnej odnotowano 7 zachowań, a w drugim pomiarze liczba ta zmalała do 0. W przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym liczba ta wyniosła 6 i podobnie jak w sferze społeczno-emocjonalnej zmalała do 0.

Tabela 31. Przypadek Natalii – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	++
		gaworzenie	–	–
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	+	++
		łączenie słów/zdania	+	++
		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie	++	+

		chęci/potrzeby/wyboru		
		identyfikacja	++ (kolory; imiona osób)	+++ (części ciała; komendy: „góra”, „dół”, „głośno”, „cicho”; pożegnanie)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	–
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	–	+++++
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	+
		odpowiedzi na pytania otwarte	–	+
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	–	++
		odbiór/odpowiedź na komunikat	+	++++
		spontaniczne komentarze	–	+++
		inicjowanie rozmowy	–	+
		brak kontaktu wzrokowego	+	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	+	–
		właściwy kontakt wzrokowy	++++	++++
		reakcja na imię	–	–
		obserwowanie innych	++++	–
		naśladowanie innych	–	–
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	+++	++++
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	++	+++
		społeczny uśmiech	+	+++
		śmianie się	+	–
		właściwa interakcja	–	+++++
		naprzemiennosc stron	–	++
		inicjowanie zmian	++	++++
	zachowanie	stymulacja słuchowe	++	–
		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–
		poruszanie przedmiotami	+	–

		stymulacje węchowe	–	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	–	–
		stymulacje ruchowe	–	–
	inne zachowania	agresja	–	–
		działania destrukcyjne	–	–
		działania zakłócające	–	–
		ograniczone zainteresowania	–	–
		odrzućenie	+ + + + + + +	–
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	3	0
		niepewna akceptacja (2a)	2	0
		duża sprzeczność-odrzućenie (2b)	1	0
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	3	0
		aktywny rozwój interakcji (4)	3	3
		praca nad relacją (5a)	0	5
		muzyczna asertywność (5b)	0	2
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	1	8
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	4
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzućenie (1b)	3	0
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzućeniu (2)	2	0
		działania wymijające i obronne (3)	1	0
		przekora i/lub manipulacja (4)	0	0
		wytrwałość w kompulsywności	0	0

		i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)		
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	14	0
		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	5	0
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	3	1
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	3	2
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	0	0
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	0
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	0	3
		wzrastające zaangażowanie (5c)	3	4
		uczestnictwo w interakcji (6a)	0	6
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	0	5
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)	0	1
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	0	0
		entuzjazm z muzycznej ekspresji (7b)	0	3
Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	7	17
		MOTORYCZNA	1	13

	pożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO- EMOCJONALNA	18	37
		KOMUNIKACYJNA	6	10
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	4	0
		MOTORYCZNA	3	0
	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO- EMOCJONALNA	7	0
		KOMUNIKACYJNA	6	0

Dziewczynka uzyskała niezwykle duże zmiany w obszarze społeczno-emocjonalnym i znaczne zredukowanie zachowań niepożądanych. Natalia wykazywała zróżnicowaną ekspresję twórczą. Ujawniała nieodłączną chęć śpiewania, tworzenia instrumentalnego czy aktywności ruchowych według swojego uznania, wykorzystując bogate umiejętności muzyczne. Poprzez swoje działania wyrażała zainteresowanie muzyką i muzyczną relacją z terapeutą. Muzyczne doświadczenia oparte w większości na odtwarzaniu piosenek i przeplataniu ich improwizacyjnymi wstawkami wpłynęły na jej poczucie muzycznej wolności, które z kolei przyczyniło się do poprawy sfery społeczno-emocjonalnej (opartej na dialogowaniu, naprzemienności, czekaniu i słuchaniu drugiej osoby) oraz komunikacyjnej (wypowiadanie słów, zdań związanych z działaniami z nastawieniem na chęć dzielenia się, komentowania otaczającej rzeczywistości). Wspólne muzyczne eksploracje stały się płaszczyzną do rozwijania i rozszerzania relacji opartej na partnerstwie (zwłaszcza piosenka *Na bębnie graj* czy piosenki o małpkach). Rozwój można zaobserwować również w sferze muzycznej – odzwierciedlała rytm/puls śpiewanej piosenki bez jakiegokolwiek sugestii terapeuty; kołysała się w rytm muzyki na poduszce; grała głośno na instrumentach, co przynosiło jej dużo satysfakcji bez wcześniejszego lęku; tupiała rytm nowo poznanej piosenki o małpkach, wokalizując naprzemiennie samogłoski; reagowała na zmiany tempa i dynamiki. Natalia wyrażała duże zainteresowanie zabawą, podczas ostatnich sesji również ruchową. Wykazywała się dużą aktywnością fizyczną i umiejętnością koordynacji (zwłaszcza w zabawach z instrumentami i chustami). Nie zauważało się jakichkolwiek form wycofywania się czy izolacji od sytuacji terapeutycznej lub od terapeuty. Podczas strukturalnych aktywności w formie piosenek czy utworów instrumentalnych włączała się w muzyczną relację z terapeutą – pełna uważności, motywacji i zaangażowania. Forma

improvizacji (od początku procesu) była wysublimowanym sposobem dotarcia do dziecka. Dzięki niej Natalia z czasem zaczęła się otwierać na nowe doświadczenia i na terapeutę. Stąd improvizacja stała się przestrzenią rozwijania sfery społeczno-emocjonalnej i komunikacyjnej, która w późniejszym etapie zaczęła zmieniać się w odtwarzanie. Zarówno improvizacja, odtwarzanie, jak i słuchanie dały dziecku możliwość wykonywania wielorakich ekspresyjnych działań. Działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały na dziewczynkę, były: działania improvizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, sensoryczna), odtwórcze (poznawcza, komunikacyjna) oraz słuchanie (poznawcza, sensoryczna).

4.1.8 Przypadek Alana

Ogólne funkcjonowanie dziecka

Alan (7 lat) jest chłopcem ze zdiagnozowanym autyzmem oraz z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym. W obszarze poznawczym chłopiec wykazuje bardzo słabą umiejętność naśladowania, brak mowy czynnej, trudności z utrzymaniem uwagi na działaniach, co utrudnia koordynację wzrokowo-słuchową. Chłopiec nie jest samodzielny – nie komunikuje potrzeb fizjologicznych, jest karmiony. Alan rozumie proste polecenia, czasem wokalizuje, ma dużą potrzebę ruchu, stąd na większości zajęć chłopiec preferuje przemieszczanie się. W opinii specjalistów chłopiec ma słabo rozwinięte umiejętności społeczne – nie nawiązuje kontaktów z rówieśnikami ani z dorosłymi. Gdy czegoś pragnie, komunikuje to poprzez gest chwywania za rękę osoby dorosłej i prowadzenie jej do określonego celu. Specjaliści w szkole stosują w pracy z chłopcem również proste symbole (jednak Alan nie korzysta z nich poza środowiskiem szkolnym). Okazuje przywiązanie do rodziców. Nie nawiązuje kontaktu wzrokowego.

W kwestionariuszu ADSA rodzice zaznaczyli, że obszary, które najbardziej wymagają pracy terapeutycznej, to sfera komunikacyjna (brak mowy) oraz „zerowy kontakt” (aspekt społeczny). W obszarze emocjonalnym dziecko potrafi okazać swoje emocje, zwłaszcza negatywne (niezadowolenie, dyskomfort psychiczny) poprzez płacz i pojawiające się zachowania zakłócające, np. szybkie trzepanie rękoma czy klaskanie, kiedy zabrania mu się czegoś zrobić lub odmawia. Reaguje uśmiechem w sytuacjach dla niego atrakcyjnych.

Chłopiec wykazuje nadwrażliwość słuchową na głośne dźwięki oraz zaburzenia czucia głębokiego. Rodzice podkreślali, że Alan angażuje się w wiele fizycznych aktywności, które sprawiają mu mnóstwo radości, takich jak: skakanie na trampolinie, na piłce, na łóżku, huśtanie się na fotelu bujanym, kręcenie się na fotelu obrotowym, zabawy w pościeli. Jak się

również okazało, ulubionymi zajęciami Alana są zajęcia z integracji sensorycznej, na których realizowane są wszystkie wymienione działania ruchowe. Do ulubionych przedmiotów chłopca rodzice zaliczyli: zabawki dźwiękowe z przyciskami i światłami oraz łańcuszek od smoczka. Dziecko czasem wykazuje reakcję na swoje imię oraz jest zainteresowane otaczającymi dźwiękami.

Alan nigdy wcześniej nie uczestniczył w sesji muzykoterapeutycznej. Z odpowiedzi rodziców wynikało, że chłopiec lubi słuchać muzyki, zwłaszcza odtwarzanej, granej na żywo, muzyki dla dzieci, klasycznej oraz pop. Nie było jednak jasne, w jaki sposób chłopiec reaguje na daną muzykę. Na pytanie, czego oczekują od interwencji muzykoterapeutycznej, rodzice dziecka wymienili wyciszenie się oraz poprawę koncentracji.

Pierwsza rejestrowana sesja

Alan wykazywał neutralny nastrój podczas sesji. Początkowo chłopiec zbliżył się do gitary, która stała się dla niego formą stymulacji i wzmagania oraz uwalniania napięcia [ADSA: działania zakłócające; NR I: 2 O; NR II: 2/instr.]. Podczas pierwszego uderzenia w instrument pojawiły się ruchy stereotypowe [ADSA: stymulacje ruchowe]. Był skupiony na gitarze i jej właściwościach brzmieniowych oraz wibracyjnych – zbliżał twarz do gitary, nadśluchiwał, obserwował, nie zważając na obecność terapeuty [NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Każda próba gry powodowała u chłopca duże napięcie. Z biegiem sesji zaobserwowano, że jego pobudzenie podczas grania najpierw się zwiększało, po czym stopniowo opadało [ADSA: stymulacje ruchowe; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. To wspomniane rozluźnienie uzyskiwano poprzez naprzemienne szarpanie strun gitary. Sposoby wydobywania dźwięku zmieniały się. Dziecko grało za pomocą całej ręki, łokcia, oraz pojedynczego palca. Uderzał, szarpał struny gitary, stosując zmiany dynamiczne – od działań intensywnych po subtelne i ciche [NR II: 3/instr.]. Aktywność dziecka była wspierana i wzmacniana muzycznie przez terapeutę. Pozytywnie reagował na bliskie podkładanie gitary, podążał za fizyczną wskazówką terapeuty i kierował swoją muzyczną odpowiedź składającą się tylko z jednego szarpnięcia instrumentu [ADSA: podążanie za wskazówkami z jedną fizyczną wskazówką; NR I: 2a U; NR II: 3/instr.]. W okresie braku działań panowała cisza, której terapeuta nie zaburzał, chcąc dać dziecku więcej przestrzeni na przetworzenie wielu bodźców zewnętrznych. Muzyka tworzona przez terapeutę była raczej spokojna, miarowa, konsonansowa, z małymi napięciami (D). Chłopiec nie reagował na zmiany muzyczne – ani na zwiększenie wartości rytmicznych, ani na zmianę idiomu na bardziej ekspresyjny (idiom orientalny) [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR I: 1/instr.]. Pomiędzy okresami napięcia

i rozluźnienia występowały stereotypie ruchowe, które mogły przybierać formę odreagowania, a czasem nawet stymulacje węchowe [ADSA: stymulacje ruchowe; stymulacje węchowe; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Wokalizacje pojawiały się rzadko. Dziecko reagowało na brzmienie gitary [NR I: 2a U; NR II: 2/instr.], a nie na dźwięk ludzkiego głosu [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/wokal]. Przez pierwszą połowę sesji chłopiec nie nawiązywał kontaktu wzrokowego [ADSA: brak kontaktu wzrokowego]. Przez większą część sesji terapeuta śpiewał pierwszą literę imienia chłopca, przedstawiając ją w różnych rejestrach, dynamice oraz kolorystyce. Jednak wydawało się, że chłopiec nie był tego świadomy lub był zupełnie niepodatny na jakiegokolwiek próby zaangażowania go w wokalizacje [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/wokal].

Działania chłopca (nawet oparte na działaniach zakłócających) były całkowicie akceptowane przez terapeutę poprzez muzyczne i ruchowe odzwierciedlanie. Czasem Alan odchodził od instrumentu i siedząc bokiem do terapeuty, kątem oka spoglądał na gitarę [ADSA: odrzucenie; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch]. Po pewnym czasie znów powracał. W trakcie ponownej próby wspólnej gry na gitarze terapeuta budował muzyczne napięcie znacznie intensywniej niż przy wcześniejszej improwizacji. Pierwszy raz nakierował rękę chłopca na struny gitary, aby ten celowo rozwiązał tworzone muzyczne napięcie. Chłopiec nie sprzeciwiał się, pozwolił sobą kierować [ADSA: podążanie za wskazówkami; odbiór komunikatu; NR I: 2a U; NR II: 3/instr.]. Alan wykazywał całkowity brak zainteresowania innymi instrumentami.

Druga połowa sesji oparta była na słuchaniu przez chłopca, jego bierności, od czasu do czasu na jednorazowym prowadzeniu ręki ku gitarze [ADSA: odbiór komunikatu; NR I: 2a U; NR II: 2/instr.]. W tej części Alan także nie nawiązywał kontaktu wzrokowego [ADSA: brak kontaktu wzrokowego; NR I: 2b U]. W pewnych momentach był nieruchliwy [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. W trakcie piosenki pożegnalnej Alan przysunął się bardzo blisko do twarzy terapeuty i wsłuchiwał się w jego głos przez krótki czas [ADSA: odbiór komunikatu; reakcja na pożegnanie; NR I: 2a U; NR II: 2/ruch].

Na pierwszej sesji chłopiec preferował działania eksploracyjne. Angażował się w wydobywanie dźwięków różnymi sposobami. Muzyczne napięcie powodowało u niego duże pobudzenie, którego wynikiem mogły być działania stereotypowe. Nie zauważał terapeuty, jego form muzycznych, ale też nie odrzucał jego fizycznych wskazówek podczas wspólnego grania na gitarze. To właśnie ten instrument był w centrum zainteresowania dziecka i jego całościowej uwagi. Na tym etapie dziecko nie było zaintrygowane kontaktem

z osobą terapeuty, ale akceptowało jego działania względem siebie (prowadzenie swojej ręki na struny gitary).

Ostatnia rejestrowana sesja

Chłopiec podczas sesji lubił kontakt dotykowy, zwłaszcza trzymanie się za ręce lub wspólne kołysanie się na boki [ADSA: odbiór komunikatu; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Wtedy się relaksował, jeszcze lepiej wsłuchiwał się w brzmienie muzycznego materiału terapeuty, który w tym czasie wokalizował w rytm wspólnego ruchu [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Tak zaczęła się ostatnia sesja. Z biegiem zajęć chłopiec wykonywał pojedyncze szarpnięcia strun gitary, pozwalał na kierowanie sobą podczas gry na gitarze [ADSA: podążanie za wskazówkami fizycznymi; NR I: 2a U; NR II: 3/instr.]. Gdy grał wraz z terapeutą, dłużej eksplorował instrument: dotykał go przy gryfie lub przy pudle rezonansowym [ADSA: naprzemiennosc stron; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.]. Doświadczenie instrumentu było dla Alana ważne, a zarazem stanowiło sposób komunikacji z prowadzącym [ADSA: właściwa interakcja; NR II: 4a/instr.]. Dopiero po eksplorowaniu instrumentu terapeuta zaintonował piosenkę powitalną. Dziecko wsłuchiwało się w nią w skupieniu [ADSA: reakcja na powitanie; odbiór komunikatu; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Od trzeciej minuty chłopiec zaczął przechadzać się po sali, a terapeuta w tym czasie dostosowywał swoją grę do jego chodu [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 O; NR II: 2/ruch].

Z każdą minutą sesji chłopiec więcej wokalizował/wykrzykiwał. W miarę rozwijania się improwizacji wokalne w wokalizacji chłopca pojawiało się znacznie więcej samogłosek: „a” i „o” (co było ważnym momentem, gdyż chłopiec po raz pierwszy wokalizował na samogłoskach [ADSA: wokalizacje; NR I: 3 U; NR II: 3/wokal]. Czasem tworzyła się naprzemiennosc wokalizacyjna pomiędzy dzieckiem a terapeutą [ADSA: naprzemiennosc stron; właściwa interakcja; NR I: 4 U; NR II: 4a/wokal]. Pomiedzy improwizacjami wokalnymi i muzycznymi dialogami chłopiec czasami uderzał w bęben leżący nieopodal chłopca i terapeuty [ADSA: inicjowanie wspólnego pola uwagi; NR I: 3 U; NR II: 2/instr.]. Jego gra na bębnie była bardzo delikatna i trwała krótką chwilę. Przywodziło to na myśl tworzenie się muzycznej więzi pomiędzy dzieckiem a nowym, dopiero odkrywanym brzmieniem bębna. Po tej chwili dziecko kładło się na kolanach terapeuty i przekierowało swoją uwagę na gitarę, na której po chwili zaczęło grać, szarpiać pojedyncze struny lub wydobywając współbrzmienia [ADSA: inicjowanie zmian; NR I: 4 U; NR II: 3/instr.]. Aktywność chłopca była raczej chaotyczna, biorąc pod uwagę wielość instrumentów i dźwięków, które do tej pory wystąpiły się na jednej sesji [NR I: 2 O; NR II: 2/instr.]. Jednak

bogactwo stosowanych form muzycznych opierających się na krótkich formach komunikacyjnych było wyrazem zainteresowania chłopca samodzielnym muzycznym tworzeniem oraz dialogowaniem z terapeutą, które pojawiało się wraz z rozwojem sesji [NR II: 4a/instr.].

Po połowie sesji terapeuta wprowadził dzwonki sztabkowe. Alan wsłuchiwał się w ich brzmienie, obserwował je. Był nimi zainteresowany [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR II: 4a/instr.]. Próbował grać na wybranych przez siebie dźwiękach, do których terapeuta starał się wokalizować lub grać dwudźwięki, harmonicznymi odpowiedziami na dźwięki chłopca [NR I: 3 U]. W pewnym momencie wspólnego odnajdywania siebie w muzycznej improwizacji na dzwonkach chłopiec wraz z terapeutą zaczęli tworzyć w tym samym pulsie [ADSA: właściwa interakcja; NR I: 4 U; NR II: 4a/instr.]. Był to bardzo istotny moment w procesie muzykoterapeutycznym Alana. Wskazywał na rosnącą świadomość otaczającej go sytuacji oraz celowość zastosowanego muzycznego materiału. Przez wspólne muzyczne „zestrojenie” dziecko wraz z terapeutą tworzyli wspólną muzykę, która miała wybitnie indywidualny charakter. Wziąwszy pod uwagę ciągłą potrzebę ruchu chłopca i początki nawiązywania przez niego relacji z terapeutą, to muzyczne wydarzenie wykazało, że Alan jest zdolny do nawiązywania kontaktu i komunikowania się z otoczeniem poprzez alternatywne formy komunikacji, w tym przypadku poprzez muzykę. Po tym zdarzeniu trwającym kilka sekund chłopiec powrócił do chodzenia po sali [ADSA: odrzucenie; NR I: 3 O; NR II: 2/ruch]. Czasem podchodził do bębna, który terapeuta kierował w jego stronę [ADSA: odpowiadanie na wspólne pole uwagi; NR I: 3 U; NR II: 3/instr.].

Niekiedy chłopiec obserwował terapeutę, który grał na dzwonkach i śpiewał [ADSA: obserwowanie innych; NR I: 3 U; NR II: 3/ruch]. Gdy prowadzący przestawał, chłopiec podchodził i „przyciskał” dzwonki, aby dalej kontynuowały one muzyczną grę [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru niewerbalnie]. Około dwudziestej minuty sesji terapeuta muzycznie towarzyszył chłopcu na gitarze, naśladując sposób chodzenia dziecka. Nie zauważono wyraźnej zmiany w zachowaniu chłopca podczas zmiany improwizacji wokalo-instrumentalnej (akompaniament upah-upah, tonacja durowa, zwiększona dynamika, wyższy rejestr melodii terapeuty) [ADSA: odrzucenie; NR I: 1 U; NR II: 1/ruch]. Pod koniec sesji Alan gestem wskazywał na chęć opuszczenia sali, zatem zajęcia zostały zakończone [ADSA: wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru AC; identyfikacja opuszczenia sali; odrzucenie; NR 2 O; NR II: 1/ruch].

Nie pojawiły się stymulacje ruchowe czy nadmierne pobudzenie, jednak na samym początku sesji wystąpiła stymulacja słuchowa w postaci zatykania sobie uszu [ADSA: stymulacje słuchowe; NR I: 1b O; NR II: 1/ruch].

Tabela 32. Przypadek Alana – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi

Kategoria	Kody i zachowanie POMIARU I (1 sesja)	Kody i zachowanie POMIARU II (20 sesja)
Pożądane zachowania muzyczne	<p>BB (był skupiony na gitarze i jej właściwościach brzmieniowych oraz wibracyjnych)</p> <p>BB, U, AA (eksplorował gitarę, grając na niej za pomocą całej ręki, łokcia oraz pojedynczego palca)</p> <p>BBB (uderzał, szarpał struny gitary, stosując zmiany dynamiczne – od działań intensywnych po subtelne i ciche)</p> <p>PP, AA (gdy terapeuta pierwszy raz nakierował rękę chłopca na struny gitary, aby ten celowo rozwiązał tworzone muzyczne napięcie,; chłopiec nie sprzeciwiał się, pozwolił sobą kierować)</p> <p>NN, AA, NNN (wsluchiwał się w improwizację terapeuty, czasem kierował rękę ku gitarze i wykonywał krótkie, odruchowe dźwięki)</p> <p>NN (wsluchiwał się w śpiew terapeuty)</p> <p>5 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>5 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>	<p>PP (na początku sesji trzymał terapeutę za ręce i wspólnie kołysali się na boki)</p> <p>E, MM (podczas wspólnego kołysania się relaksował się i wsluchiwał się w brzmienie muzycznego materiału terapeuty)</p> <p>AA (wykonywał pojedyncze szarpnięcia na gitarze)</p> <p>BB (dotykał gitary przy gryfie oraz przy pudle rezonansowym)</p> <p>NN (wsluchiwał się w piosenkę powitalną)</p> <p>B (z biegiem sesji więcej wokalizował/wykrzykiwał samogłoski)</p> <p>MMM (pomiędzy improwizacjami wokalnymi i muzycznymi dialogami uderzał w bęben)</p> <p>BB (ponownie eksplorował gitarę – grał na pojedynczych strunach lub wydobywał całe współbrzmienia)</p> <p>NN (wsluchiwał się w brzmienie dzwonek sztabkowych, obserwował je)</p> <p>DD, HH (starał się grać na wybranych dzwonekach sztabkowych)</p> <p>6 poznawczych pożądanych zachowań muzycznych</p> <p>6 motorycznych pożądanych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>B – wokalizuje</p> <p>BB – poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie</p> <p>HH – gra proste sekwencje na dzwonekach lub innych instrumentach</p>		

<p>NN – słucha i odbiera interesujący go materiał muzyczny</p> <p>BBB – pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę</p> <p>NNN – wykonuje krótkie, odruchowe dźwięki, pewne partie będące muzycznym echem improwizacji terapeuty</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>E – uspokaja się, gdy słyszy znaną piosenkę</p> <p>U – używa rąk, by zagrać na instrumencie przez krótki czas</p> <p>AA – używa ręki do grania na gitarze</p> <p>DD – chwytą palęk i używa jej do grania</p> <p>MM – uspokaja się w trakcie sesji</p> <p>PP – toleruje rytmiczne poruszanie częściami ciała z terapeutą</p> <p>MMM – gra i śpiewa w tym samym momencie</p>		
Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>3, 11 (pozytywnie reagował na bliskie podkładanie gitary, podążał za fizycznymi wskazówkami terapeuty i kierował swoją muzyczną odpowiedź, składającą się tylko z jednego szarpnięcia instrumentu)</p> <p>GG (pozytywnie reagował na dźwięk gitary)</p> <p>3, 24 (akceptował terapeutę, pozwolił mu sobą kierować)</p>	<p>3, 10, 21, KK (trzymał terapeutę za ręce i wspólnie kołysali się na boki)</p> <p>P, GG (pozwalał na kierowanie sobą podczas gry na gitarze)</p> <p>24 (gdy grał z terapeutą, grał na instrumencie dłużej)</p> <p>H (swobodna improwizacja na gitarze z prowadzącym stanowiła formę dialogu)</p> <p>28 (z biegiem sesji więcej wokalizował/wykrzykiwał samogłoski)</p> <p>U (podczas produkcji wokalnych chłopca pojawiła się naprzemiennosc wokalizacyjna pomiędzy dzieckiem a terapeutą)</p> <p>21 (kładał się na kolanach terapeuty i zaczął przekierowywać swoją uwagę na gitarę)</p> <p>F, Q, 10, M (w pewnym momencie wspólnego odnajdywania siebie w muzycznej improwizacji na dzwonkach chłopiec wraz z terapeutą zaczęli tworzyć w tym samym pulsie)</p> <p>3, GG (czasem intencjonalnie przychodził do bębna, który terapeuta kierował w stronę dziecka – nie odrzucał go ani nie pomijał)</p> <p>10 (czasem obserwował terapeutę, który</p>

	<p>5 społeczno-emocjonalnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>0 komunikacyjnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p>	<p>grał na dzwonkach i śpiewał)</p> <p>34 (gdy terapeuta przestawał grać, chłopiec podchodził do dzwonek i uderzał w nie ręką, dotykał ich, tak jakby chciał, aby kontynuowały muzyczną grę)</p> <p>33, 34 (pod koniec sesji gestem sygnalizował chęć opuszczenia sali)</p> <p>16 społeczno-emocjonalnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p> <p>5 komunikacyjnych pożądaných relacyjnych zachowań muzycznych</p>
<p>KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA:</p> <p>3 – odpowiada na komunikat; 10 – obserwuje terapeuta i/lub go słucha; podąża za nim; 11 – reaguje na sygnały z otoczenia; 21 – lubi kontakt fizyczny; 24 – lubi być wspierany przez terapeuta</p> <p>F – uderza zgodnie z metrum/pulsem terapeuty</p> <p>H – improwizuje ruchowo/instrumentalnie/wokalnie interaktywnie z grą/śpiewem terapeuty</p> <p>M – zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty</p> <p>Q – uderzając w instrument, wskazuje na świadome rozpoznanie istotnego elementu muzycznego (rytm/puls)</p> <p>U – podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeuta</p> <p>GG – odpowiada naprzemiennie terapeutcie, który nadaje ekspresji dziecka muzyczną formę</p> <p>KK – posiada umiejętność uspokajania się wraz ze wsparciem terapeuty</p> <p>KATEGORIA KOMUNIKACYJNA:</p> <p>28 – wokalizuje; 33 – wykorzystuje niewerbalne formy komunikacji; 34 – wyraża chęć/wybór/potrzebę poprzez alternatywne formy komunikacji</p> <p>P – ukazuje zainteresowanie graniem na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale)</p>		
Niepożądane zachowania muzyczne	<p>6 (pojawily się ruchy stereotypowe)</p> <p>Q (nie reagował na muzyczne zmiany tworzone przez terapeuta)</p> <p>O (wsluchiwał się w śpiew terapeuty i przez krótki czas trzymał twarz blisko prowadzącego)</p>	<p>D, F (od trzeciej minuty zaczął się przechadzać po sali, odchodząc od wszelkich muzycznych czynności i kontaktu)</p> <p>O (jego gra na bębnie była bardzo delikatna i trwała krótką chwilę)</p> <p>E, 1 (po wspólnym graniu na dzwonkach powrócił do chodzenia po sali)</p>

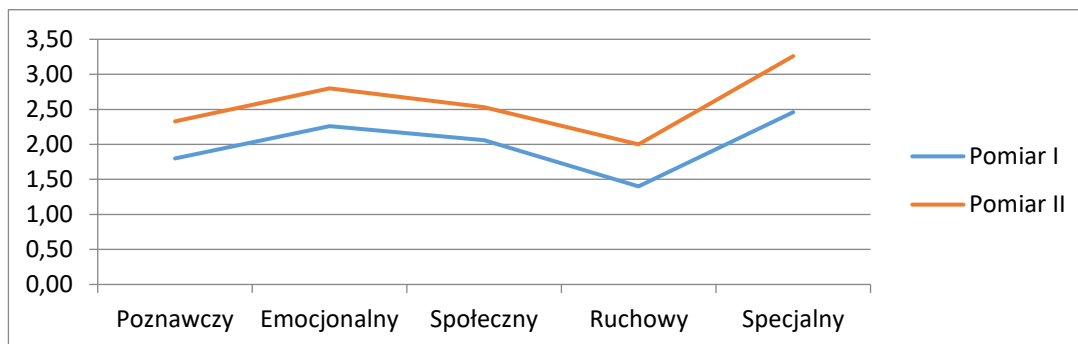
	<p>2 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne</p> <p>1 motoryczne/ruchowe niepożądane zachowanie muzyczne</p>	<p>N (stymulacje słuchowe w postaci zatykania uszu)</p> <p>4 poznawcze niepożądane zachowania muzyczne</p> <p>2 motoryczne/ruchowe niepożądane zachowania muzyczne</p>
<p>KATEGORIA POZNAWCZA:</p> <p>D – wydaje się niechętny do angażowania się w tworzenie</p> <p>E – powstrzymuje się od wspólnej aktywności</p> <p>F – nie śpiewa, nie używa instrumentów</p> <p>O – rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się</p> <p>Q – nie reaguje na zmiany muzyczne</p> <p>KATEGORIA MOTORYCZNA:</p> <p>1 – ucieka się do zachowań obronnych lub unikających dalszego działania; 6 – zachowania stereotypowe – ruchowe (nadpobudliwość)</p> <p>N – stymulacje słuchowe</p>		
Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	<p>9 (chłopiec zbliżył się do gitary, która stała się dla niego formą stymulacji i rozładowania napięcia)</p> <p>F (podczas pierwszego uderzenia w instrument pojawiły się ruchy stereotypowe)</p> <p>24 (nie reaguje na terapeutę – odpycha go)</p> <p>33 (każda próba gry na gitarze powodowała duże napięcie; pobudzenie chłopca się zwiększało, a potem odpadało)</p> <p>K (nie reagował na muzyczne zmiany)</p> <p>F, 3 (pojawiały się ruchy stereotypowe, które mogły przybierać formę odreagowania, oraz stymulacje węchowe)</p> <p>25 (nie nawiązywał kontaktu wzrokowego)</p> <p>17, K (nie reagował na wokalizacje terapeuty)</p> <p>15, 24 (czasem odchodził od instrumentu; siedząc bokiem do terapeuty, spoglądał na przedmiot – gitarę)</p>	<p>B (aktywność chłopca była raczej chaotyczna, biorąc pod uwagę wielość instrumentów)</p> <p>24 (po wspólnym graniu na dzwonkach powrócił do chodzenia po sali)</p> <p>K, C (terapeuta muzycznie towarzyszył chłopcu na gitarze, naśladując sposób chodzenia dziecka; nie zauważono wyraźnej zmiany w zachowaniu chłopca podczas zmiany improwizacji wokально-instrumentalnej – akompaniament „upah-upah”, tonacja durowa, zwiększona dynamika, wyższy rejestr melodii terapeuty)</p> <p>32 (po wspólnym graniu na dzwonkach powrócił do chodzenia po sali)</p> <p>2, F (stymulacje słuchowe w postaci zatykania uszu)</p>

	25 (nie nawiązywał kontaktu wzrokowego) E (w pewnych momentach był nieruchliwy) 9 społeczno-emocjonalnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych 5 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych	2 społeczno-emocjonalne niepożądane relacyjne zachowania muzyczne 5 komunikacyjnych niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych
KATEGORIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNA: 9 – działania zakłócające; 15 – może pojawić się odczucie przytłoczenia i/lub przerażenia; 24 – odrzuca/odpycha terapeutę; 25 – brak kontaktu wzrokowego; 33 – brak kontroli emocjonalnej (nadmierna euforia, agresja, płacz, krzyk) E – jest nieruchliwy K – nie reaguje na wprowadzane przez terapeutę zmiany muzyczne KATEGORIA KOMUNIKACYJNA: 2 – stymulacje słuchowe i/lub wzrokowe; 3 – stymulacje węchowe i/lub dotykowe; 17 – nie reaguje na sygnały z otoczenia; 32 – wykazuje chęć opuszczenia sali B – uderza w instrumenty w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna C – milczy, jest nieaktywny F – wykonuje czynności niekomunikacyjne: kołysanie się do przodu, chodzenie na boki, skakanie, kręcenie, bieganie oraz inne, które nie wykazują żadnych konotacji z tworzoną przez terapeutę muzyką		

Podsumowanie wyników

Na wykresie SOZ-D (tabela 33) można dostrzec znaczną poprawę w sferach rozwojowych chłopca. Rozwój harmonijnie uległ poprawie we wszystkich pięciu badanych obszarach. Przedstawiony w tabeli 33 ilościowy pomiar I i II, na podstawie standaryzowanej skali obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D), obrazuje zmiany w obrębie poszczególnych sfer rozwojowych.

Tabela 33. Przypadek Alana – dane liczbowe SOZ-D



Wyniki z ADSA pokazują, że podczas pierwszej zarejestrowanej sesji liczba pozytywnych aktywności w obszarze komunikacji wyniosła 2, natomiast na ostatniej sesji wzrosła do 5 zachowań. W sferze społecznej w pierwszym pomiarze odnotowano 4 aktywności, a w drugim 13. Zarówno w sferze społecznej, jak i komunikacyjnej liczba pożądaných aktywności wzrosła, przy czym największą różnicę liczbową można dostrzec w sferze społecznej. Jeśli chodzi o zachowania oparte (w tym przypadku) na odrzuceniu i stymulacjach oraz braku kontaktu wzrokowego, liczba ta zmalała. W pierwszym pomiarze pojawiło się 12 zachowań niepożądanych, natomiast w posttestcie tylko 5.

Na podstawie danych z muzykoterapeutycznych arkuszy skali I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* stwierdzono, że dziecko w pierwszym pomiarze za brak muzycznej odpowiedzi i za aktywne odrzucenie otrzymało łącznie 10 pkt. Za zachowania związane z niepewną akceptacją sytuacji terapeutycznej i relacji Alan uzyskał 5 pkt. Inaczej sytuacja rysuje się w drugim pomiarze. Wystąpiły 4 zachowania o wymiarze negatywnym oraz 1 związane z niepewną akceptacją. Natomiast podczas drugiego pomiaru pojawiły się zachowania świadczące o ograniczonej, ale dostrzegalnej reakcji na wspólne działania muzyczne (8 pkt) oraz zachowania związane z aktywnym rozwojem interakcji (4 pkt), co pokazuje pozytywną zmianę w relacji muzycznej chłopca oraz terapeuty. Analiza skali I pokazuje różnice w zachowań pożądaných i niepożądanych. Porównując dane z pierwszego i drugiego pomiaru, dostrzegamy, że w drugiej obserwacji wzrosła liczba zachowań pożądaných, a zmalała liczba niepożądanych.

Podobne wnioski można wysunąć z analizy skali II: *Muzyczna komunikatywność*. W pierwszym pomiarze pojawiło się znacznie więcej działań opartych na braku reakcji i na fragmentarycznych odpowiedziach względem terapeuty – 12 pkt. Ponadto pojawiły się aktywności związane z muzyczną odpowiedzią wywołaną przez terapeutę – 3 pkt. W drugim pomiarze wystąpiło więcej zachowań ukazujących pobudzoną muzyczną świadomość (6 pkt)

oraz zachowań związanych z wywołaną muzyczną odpowiedzią (8 pkt) – czyli łącznie 14 aktywności – niż działań o charakterze niekomunikacyjnym (7 pkt). Podobnie jak w skali I, wyniki tej skali wskazują na wzrost pożądanych zachowań muzycznych, a spadek zachowań związanych z brakiem muzycznej aktywności i tym samym interakcji z terapeutą, co może wskazywać na pozytywne oddziaływanie muzykoterapii.

Jak pokazuje liczbowe zestawienie poszczególnych kategorii badawczych, sfera poznawcza dziecka poprawiła się przy niezmienności poziomu aktywności związanych ze sferą motoryczną. W pierwszym pomiarze w sferze poznawczej odnotowano 5 zachowań, w drugim 6, co wskazuje na małą poprawę w tym obszarze rozwojowym. W sferze motorycznej w pierwszym pomiarze liczba zachowań wyniosła 5, a w drugim pomiarze 6. Poprawie uległy zwłaszcza sfera społeczno-emocjonalna i sfera komunikacyjna. Podczas pierwszego pomiaru w sferze społeczno-emocjonalnej wystąpiło 5 zachowań, a w drugim pomiarze aż 16. Sfera komunikacyjna poprawiła się: z braku aktywności (pomiar I) na 5 zachowań (pomiar II). W przypadku niepożądanych zachowań muzycznych w sferze poznawczej wskaźnik wyniósł 2 obecności (pomiar I) i 4 (pomiar II), co pokazuje nieznaczny wzrost liczby zachowań niepożądanych. Podobną tendencję widać w sferze motorycznej, gdzie w pierwszym pomiarze wystąpiło 1 zachowanie niepożądane, a w drugim 2. W odniesieniu do niepożądanych relacyjnych zachowań muzycznych w pierwszym pomiarze odnotowano 9 obecności, a w drugim pomiarze liczba ta zmalała do 2. W przypadku zachowań o wymiarze niekomunikacyjnym zarówno w preteście, jak i w postteście liczba zachowań niepożądanych wyniosła 5.

Tabela 34. Przypadek Alana – zestawienie narzędzi badawczych

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
ADSA	mowa ekspresyjna i język	wokalizacja	–	+
		gaworzenie	–	–
		przybliżenia/zniekształcone słowa	–	–
		słowa	–	–
		łączenie słów/zdania	–	–
		neologizmy	–	–
		odwrócone zaimki	–	–
		wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru	–	++
		identyfikacja	–	+

				(wyjście z sali)
	odbiór mowy i języka	rozumienie słowa „nie”	–	–
		podążanie za wskazówkami/zadaniami	++	+
		odpowiedzi „tak”/„nie”	–	–
		odpowiedzi na pytania otwarte	–	–
	umiejętności społeczne	powitanie/pożegnanie	+	+
			(pożegnanie)	(powitanie)
		odbiór/odpowiedź na komunikat	+++	++
		spontaniczne komentarze	–	–
		inicjowanie rozmowy	–	–
		brak kontaktu wzrokowego	++	–
		ukośny kontakt wzrokowy – spoglądanie	–	–
		udawany kontakt wzrokowy	–	–
		natarczywy kontakt wzrokowy	–	–
		właściwy kontakt wzrokowy	–	–
		reakcja na imię	–	–
		obserwowanie innych	–	+
		naśladowanie innych	–	–
		odpowiadanie na wspólne pole uwagi	–	+++
		inicjowanie wspólnego pola uwagi	–	+
		społeczny uśmiech	–	–
		śmianie się	–	–
		właściwa interakcja	–	++
		naprzemienność stron	–	++
		inicjowanie zmian	–	+
	zachowanie	stymulacja słuchowe	–	+
		echolalie	–	–
		stymulacje smakowe	–	–
		poruszanie przedmiotami	–	–
		stymulacje węchowe	+	–
		nadmierne organizowanie	–	–
		stymulacje dotykowe	–	–
		działania samookaleczające	–	–
		działania seksualne	–	–
		stymulacje wzrokowe	–	–
		stymulacje ruchowe	+++	–

	inne zachowania	agresja	–	–
		działania destrukcyjne	–	–
		działania zakłócające	+	–
		ograniczone zainteresowania	–	–
		odrzućcie	+++++	+++++
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)	4	1
		niepewna akceptacja (2a)	5	1
		duża sprzeczność – odrzucenie (2b)	1	0
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)	0	8
		aktywny rozwój interakcji (4)	0	4
		praca nad relacją (5a)	0	0
		muzyczna asertywność (5b)	0	0
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)	0	0
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)	0	0
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)	0	0
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)	0	0
		aktywne odrzucenie (1b)	4	1
		panika, furia (1c)	0	0
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu (2)	1	2
		działania wymijające i obronne (3)	0	2
		przekora i/lub manipulacja (4)	0	0
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)	0	0
		spór (5b)	0	0
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)	0	0
		brak oporu (6b)	0	0
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)	0	0
Skala NR II		brak odpowiedzi muzycznej (1)	8	3

		odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)	4	4
		wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)	3	8
		pobudzona muzyczna świadomość (4a)	0	6
		przerwana muzyczna percepcja (4b)	0	0
		utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)	0	0
		pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)	0	0
		wzrastające zaangażowanie (5c)	0	0
		uczestnictwo w interakcji (6a)	0	0
		rosnąca muzyczna pewność (6b)	0	0
		niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach impro wizacji (6c)	0	0
		ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)	0	0
		entuzjizm z muzycznej ekspresji (7b)	0	0
Kategorie badawcze	pożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	5	6
		MOTORYCZNA	5	6
	pożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	5	16
		KOMUNIKACYJNA	0	5
	niepożądane zachowania muzyczne	POZNAWCZA	2	4
		MOTORYCZNA	1	2
	niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	SPOŁECZNO-EMOCJONALNA	9	2
		KOMUNIKACYJNA	5	5

Muzykoterapia dała Alanowi możliwość dowolnej ekspresji, wyrażania siebie za pomocą różnych form muzycznych. Muzyka stała się dla chłopca dużą motywacją do zaangażowania się w działania twórcze mające na celu budowanie relacji i jej podtrzymywanie. Działania muzyczne przyczyniły się do wydłużenia jego możliwości poznawczych opartych na koncentracji, uważności i słuchaniu – zwłaszcza podczas grania na gitarze, dzwoneczkach czy bębnie.

Alan lubił kontakt dotykowy, zwłaszcza trzymanie się za ręce lub wspólne kołysanie się na boki. Wówczas chłopiec się relaksował, jeszcze lepiej wsłuchiwał się w brzmienie muzycznego materiału terapeutycznego. Eksplorował gitarę lub bęben – pozwalał na kierowanie sobą podczas gry. Doświadczenia oparte na improwizacji były dla Alana sposobem komunikacji z prowadzącym oraz budowania relacji. Pojawiające się u chłopca wokalizacje oraz naprzemienność wokalizacyjna pomiędzy dzieckiem a terapeutą przypominały dialog. Alan był zdolny do nawiązywania kontaktu i komunikowania się z otoczeniem poprzez alternatywne formy komunikacji, w tym przypadku poprzez muzykę. Czasem chłopiec obserwował terapeutę, który grał na dzwoneczkach i śpiewał lub towarzyszył chłopcu na gitarze, naśladując sposób chodzenia dziecka. Był również moment, w którym terapeuta wraz z chłopcem zaczęli w tym samym pulsie tworzyć wspólną muzykę o wybitnie indywidualnym charakterze.

Eksploracja instrumentów, dobieranie tych instrumentów, które były dla dziecka odpowiednie, wspólne tworzenie na dzwoneczkach, dostrajanie się w tempie oraz budowanie krótkich relacji muzycznych – to formy, poprzez które chłopiec komunikował się z terapeutą. Te aktywności są dowodem swobody, spontaniczności w realizacji muzycznej ekspresji opartej na improwizacji wokalne, instrumentalnej oraz ruchowej. To właśnie improwizacja oraz słuchanie stanowiły źródło rozwoju chłopca. Pod koniec procesu muzykoterapeutycznego Alan był spokojny i opanowany – nie pojawiły się stymulacje ruchowe czy nadmierne pobudzenie. Działaniami muzycznymi, które najbardziej oddziaływały na chłopca, były: działania improwizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, komunikacyjna, motoryczna oraz w mniejszym stopniu poznawcza) i słuchanie (poznawcza i sensoryczna).

4.2 Zakres stosowalności muzykoterapii – uwagi końcowe. Odpowiedzi na pytania badawcze.

Podjmując się ukazania zakresu wykorzystania muzykoterapii w pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu miałam na celu – jako praktyk i badacz - znalezienie odpowiedzi na pytanie dotyczące zasadności sięgania po techniki muzyczne w procesie jego usprawniania. Zależało mi zwłaszcza na odnotowaniu każdej zmiany zachodzącej w funkcjonowaniu uczestnika podczas sesji i poza nimi, które wskazywałyby na poprawę w zakresie poszczególnych sfer rozwojowych. Poniżej przedstawię odpowiedzi, jakie udało się ustalić w wyniku interpretacji pozyskanych w trakcie badań danych. Ujmę je w postaci uporządkowanej pytaniami szczegółowymi oraz zilustruję wynikami ilościowymi. Dodam, iż zestawienia ilościowe mają jedynie umożliwić udzielenie odpowiedzi, nie są uczynione w celu porównywania przypadków.

I tak rozpocznę od pytania:

PS1: Które z doświadczeń muzykoterapeutycznych: improwizacja/tworzenie, odtwarzanie, słuchanie mają znaczenie w usprawnianiu zmian w sferze komunikacyjnej dzieci z autyzmem, uczestniczących w badaniu?

Tabela 35. Wyniki w obszarze komunikacyjnym

Skala	Numer przypadku															
	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
ADSA	5	10	2	11	14	21	26	18	14	11	11	17	4	18	2	5
KPR	3	5	2	5	4	13	16	8	9	4	3	5	6	10	0	5
KNR	2	4	1	0	3	2	14	7	17	4	0	3	6	0	5	5
NR II U ⁶⁵¹	5	15	13	21	15	18	11	14	10	16	19	20	9	25	3	14
NR II O ⁶⁵²	12	8	8	7	10	2	17	17	17	9	12	6	19	0	12	7

⁶⁵¹ Dane liczbowe ze skali II (NR II), ukazujące stopień komunikatywności w konkretnych zachowaniach (NR II U), są zsumowane. Punkty te odnoszą się do następujących zachowań opisanych w skali: *odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana; pobudzona muzyczna świadomość; utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej; pojawiająca się motywacja; wzrastające zaangażowanie; uczestnictwo w interakcji; rosnąca muzyczna pewność; niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji; ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji; entuzjazm w muzycznej ekspresji.*

⁶⁵² Dane liczbowe ze skali II (NR II), ukazujące stopień odrzucenia zachowań komunikacyjnych w konkretnych zachowaniach (NR II O), są zsumowane. Punkty te odnoszą się do następujących zachowań opisanych w skali: *brak odpowiedzi muzycznej; odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca; przerwana muzyczna percepcja; jawna nieświadomość; aktywne odrzucenie; panika, furia; duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu; działania*

STAN AKTUALNY	PROGRES (wyjątek stanowi KN, gdzie zauważa się minimalny regres)	PROGRES	PROGRES	REGRES (w ADSA, KP); PROGRES (KN NR II U)	REGRES (w ADSA, KP); PROGRES (KN, NR II U i NR II O)	PROGRES	PROGRES	PROGRES; STAGNACJA (KN)
---------------	--	---------	---------	--	---	---------	---------	-------------------------

Źródło: opracowanie własne.

Według danych zebranych w tabeli 35 zauważa się **tendencję progresywną** w sferze komunikacyjnej dzieci z autyzmem, zwłaszcza dzięki stosowaniu takich doświadczeń jak improwizacja oraz działania odtwórcze.

Kolejne pytanie szczegółowe przedstawia się następująco:

PS2: Które z doświadczeń muzykoterapeutycznych: improwizacja/tworzenie, odtwarzanie, słuchanie mają znaczenie w usprawnianiu zmian w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym⁶⁵³ dzieci z autyzmem uczestniczących w badaniu?

Tabela 36. Wyniki w obszarze społeczno-emocjonalnym

Skala	Numer przypadku															
	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
SOZ-D	2,4	2,7	2,8	3,5	2,6	3,2	3	2,7	2	2,9	3,8	3,8	3,2	4,3	2,2	2,6
ADSA	11	18	16	25	18	22	21	23	13	22	23	28	18	34	4	13
KPR	12	25	20	21	14	15	26	23	12	18	24	19	18	37	5	16
KNR	1	4	1	2	0	0	10	10	0	1	5	2	7	0	9	2
NR I U ⁶⁵⁴	9	14	9	13	14	13	13	13	10	17	17	23	7	22	0	12
NR I O ⁶⁵⁵	8	5	5	1	6	2	13	16	16	7	8	3	12	0	15	7

wymijające i obronne; przekora i/lub manipulacja; wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność; spór.

⁶⁵³ W kwestionariuszu SOZ-D obszar społeczny i emocjonalny są rozpatrywane osobno, jednak tutaj zostały ze sobą połączone – z danych liczbowych ze sfery społecznej i emocjonalnej jest wyciągnięta średnia. W tej części skali ADSA jest prezentowana sfera społeczno-emocjonalna.

⁶⁵⁴ Dane liczbowe ze skali I (NR I), ukazujące stopień uczestnictwa, są zsumowane od punktu: *Ograniczona aktywność na reakcje muzyczne* do *Stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji*.

⁶⁵⁵ Dane liczbowe ze skali I (NR I), ukazujące stopień odrzucenia, są zsumowane od punktu: *Brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję* do *Duża sprzeczność – odrzucenie*.

STAN AKTUALNY	PROGRES; REGRES (KNR)	PROGRES; REGRES (KNR)	PROGRES; STAGNACJA (KNR)	REGRES (SOZ-D, KPR, NR I O); STAGNACJA (KNP, NR I U)	PROGRES; REGRES (KNR)	PROGRES; STAGNACJA (SOZ-D); REGRES (minimalny – KPR)	PROGRES	PROGRES
---------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------	---	-----------------------	---	---------	---------

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa tabela również prezentuje tendencję progresywną, tym razem dotyczy ona tendencja sfery społeczno-emocjonalnej dzieci ze spektrum autyzmu. U siedmiorga z nich wykazano, że działania muzykoterapeutyczne, takie jak: improwizacja i w mniejszym stopniu działania odtwórcze⁶⁵⁶, mogą poprawiać sferę społeczno-emocjonalną lub utrzymują jej stan na takim poziomie jak na etapie początkowym.

Trzecie pytanie szczegółowe dotyczy sfery poznawczej uczestników sesji.

PS3: Które z doświadczeń muzykoterapeutycznych: improwizacja/tworzenie, odtwarzanie, słuchanie mają znaczenie w usprawnianiu zmian sfery poznawczej⁶⁵⁷ dzieci z autyzmem uczestniczących w badaniu?

Tabela 37. Wyniki w obszarze poznawczym

Skala	Numer przypadku															
	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
SOZ-D	2	2	2,6	3,7	2,9	3,2	3,1	2,9	1,7	2,9	3,7	4	2,5	4,5	1,8	2,3
KP	9	18	21	24	21	35	33	20	10	23	20	38	7	17	5	6
KN	5	3	16	3	12	2	13	5	8	5	7	4	4	0	2	4
STAN AKTUALNY	PROGRES; STAGNACJA (SOZ-D)		PROGRES		PROGRES		REGRES; PROGRES (KN)		PROGRES		PROGRES		PROGRES		PROGRES; REGRES (KN)	

Źródło: opracowanie własne.

⁶⁵⁶ Szerszy opis oddziaływań doświadczeń muzykoterapeutycznych na poszczególne sfery rozwojowe znajdują się w tabeli nr 39 i 40.

⁶⁵⁷ W kwestionariuszu SOZ-D prezentowany jest obszar poznawczy.

W sferze poznawczej (tabela 37) zauważono poprawę w pięciu przypadkach. W dwóch również stwierdzono poprawę, jednak dostrzeżono także stagnację (przypadek I – SOZ-D) lub regres (przypadek VIII – KN). Tylko w jednym przypadku (IV) odnotowano znaczący regres w obszarze poznawczym⁶⁵⁸. Progresję odnotowano za sprawą doświadczeń związanych z odtwórczą aktywnością a także częściowo dzięki słuchaniu. Tworzenie/improvizacja nie przyniosła zauważalnej poprawy w badanej sferze.

Ostatnie pytanie wiąże się z poziomem usprawniania sfery motorycznej u badanych dzieci.

PS4: Które z doświadczeń muzykoterapii: improwizacja/tworzenie, odtwarzanie, słuchanie mają znaczenie w usprawnianiu zmian sfery motorycznej⁶⁵⁹ dzieci z autyzmem uczestniczących w badaniu?

Tabela 38. Wyniki w obszarze motorycznym

Skala	Numer przypadku															
	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
SOZ-D	2,1	2,3	3,1	4,4	3,5	3,2	3,1	2,9	1,8	2,5	3,3	3,9	2,6	4,1	1,4	2
ADSA	4	4	4	1	3	1	12	10	9	4	1	0	11	0	12	5
KP	4	2	7	6	7	7	17	4	6	12	4	8	1	13	5	6
KN	4	1	2	0	3	0	1	1	0	1	0	0	3	0	1	2
STAN AKTUALNY	PROGRES; REGRES (KP); STAGNACJA (ADSA)		PROGRES; REGRES (KP)		REGRES; (SOZ-D); STAGNACJA (KP); PROGRES (ADSA, KN)		REGRES; STAGNACJA (KN); PROGRES (ADSA)		PROGRES; REGRES (KN)		PROGRES; STAGNACJA (KN)		PROGRES		PROGRES; REGRES (KN)	

Źródło: opracowanie własne.

⁶⁵⁸ Szerszy opis oddziaływań doświadczeń muzykoterapeutycznych na poszczególne sfery rozwojowe znajdują się w tabeli nr 39 i 40

⁶⁵⁹ W kwestionariuszu SOZ-D oraz w skali ADSA prezentowany jest obszar motoryczny.

Wziąwszy pod uwagę wielość rozbieżności w wynikach, trudno jest jednoznacznie określić wpływ oddziaływań muzykoterapeutycznych na sferę motoryczną w analizowanych przypadkach. Można jednak dostrzec pewną tendencję wzrostową, która – jak się wydaje – wskazuje na pozytywną modyfikację sprawności motorycznej, zwłaszcza dzięki zastosowaniu działań odtwórczych i słuchowych⁶⁶⁰.

W tabeli 39 zestawiono całościowo i opisano powyżej wyodrębnione doświadczenia muzykoterapeutyczne, które najbardziej oddziaływały na rozwój dziecka (z wyróżnieniem konkretnych sfer) w poszczególnych przypadkach.

Tabela 39. Wyniki opisowe oddziaływań doświadczeń muzykoterapeutycznych na sfery rozwojowe dzieci z autyzmem

Numer przypadku	Opisy doświadczeń muzykoterapeutycznych
I	Działania improwizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, komunikacyjna); odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna)
II	Improwizacja i aktywne słuchanie (sfera społeczno-emocjonalna, komunikacyjna, poznawcza, motoryczna i muzyczna)
III	Działania odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna, społeczno-emocjonalna); improwizacyjne (sfera poznawcza oraz społeczno-emocjonalna w mniejszym stopniu); słuchanie (sfera poznawcza i motoryczna)
IV	Działania odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna, społeczno-emocjonalna, komunikacyjna); improwizacyjne i twórcze (sfera społeczno-emocjonalna w małym stopniu)
V	Działania odtwórcze (sfera poznawcza, motoryczna, społeczno-emocjonalna, komunikacyjna); improwizacyjne oparte na strukturze (sfera społeczno-emocjonalna, sensoryczna); słuchanie (sfera motoryczna i poznawcza)
VI	Działania odtwórcze (sfera poznawcza, komunikacyjna); improwizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, sensoryczna); słuchanie (sfera motoryczna i poznawcza)
VII	Działania improwizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, sensoryczna); odtwórcze (sfera poznawcza, komunikacyjna); słuchanie (sfera poznawcza, sensoryczna)
VIII	Działania improwizacyjne (sfera społeczno-emocjonalna, komunikacyjna, motoryczna oraz w mniejszym stopniu poznawcza); słuchanie (sfera poznawcza i sensoryczna)

Źródło: opracowanie własne.

⁶⁶⁰ Szerszy opis oddziaływań doświadczeń muzykoterapeutycznych na poszczególne sfery rozwojowe znajdują się w tabeli nr 39 i 40.

Tabela 40 prezentuje liczbowe zestawienie wyników wspomnianych oddziaływań, czyli pokazuje, w ilu przypadkach poszczególne doświadczenia oddziaływały na daną sferę. Należy zaznaczyć, że niektóre doświadczenia wpływały na więcej niż jedną sferę rozwojową dziecka.

Tabela 40. Liczbowe zestawienie wyników oddziaływania poszczególnych doświadczeń muzykoterapeutycznych na określone sfery rozwojowe dzieci

Sfera rozwojowa	Doświadczenie		
	improwizacja/tworzenie	odtworzenie	sluchanie
Spoleczno-emocjonalna	8	3	nie wskazano
Komunikacyjna	4	2	nie wskazano
Poznawcza	2	6	5
Motoryczna	2	5	3

Źródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabelach 39 i 40 bazują na subiektywnym rozróżnieniu sfer i kategorii przyjętym na potrzeby niniejszej pracy. Obiektywne ich zbadanie nie jest możliwe, gdyż w procesie muzykoterapeutycznym doświadczenia muzyczne się przenikają, a ich oddziaływania wzajemnie się modyfikują, zwłaszcza w pracy z dzieckiem, stąd jest bardzo trudno precyzyjnie wskazać, które doświadczenie wpływa na daną sferę. Analizując powyższe dane, należy zatem skupić się przede wszystkim na zaobserwowanych zmianach wynikających z działań muzykoterapeutycznych.

Zgodnie z tym rozumowaniem można założyć, że **improwizacja oddziałuje najbardziej na sferę społeczno-emocjonalną i – w mniejszym stopniu – na komunikacyjną. Odtwarzanie – na sferę poznawczą oraz motoryczną. Słuchanie natomiast oddziałuje najbardziej na sferę poznawczą i – w mniejszym stopniu – na motoryczną.**

Ze względu na wybraną metodą badawczą i na jej indywidualizujący charakter **nie jest możliwe porównywanie przypadków oraz generalizowanie wyników**. Głównym celem badań własnych było wskazanie znaczenia zmian zachodzących w ramach jednego przypadku, a nie ich porównywanie. Niemożność generalizowania wyników na większą populację dzieci z autyzmem w wieku od 3 do 11 lat wynika także ze zbyt małej grupy badawczej przyjętej na potrzeby niniejszych badań, co wynikało z rozbudowanej procedury pracy z każdym przypadkiem, podjętej samodzielnie przez autorkę pracy.

Ostatnie szczegółowe pytanie badawcze odnosi się do relacji pomiędzy dzieckiem a terapeutą zachodzącej podczas procesu muzykoterapeutycznego. Ze względu na to, że jest to materiał jakościowy, dane oraz szczegółowe opisy relacji zamieszczono w rozdziale 3 przy rezentacji poszczególnych przypadków. Wnioski z analizy danych przedstawiono zaś w tabeli 41.

Pytanie brzmi następująco:

PS5: Jaka jest charakterystyka relacji zachodzącej między terapeutą a uczestnikiem podczas działań muzykoterapeutycznych dzieci z autyzmem uczestniczących w badaniu?

Tabela 41. Jakościowy opis relacji dzieci i terapeuty podczas muzykoterapii

Przypadek	Opis relacji podczas muzykoterapii
Przypadek I – Piotr	Wszystkie aktywności, które pojawiły się na ostatniej sesji – wspólna improwizacja na bębnie oparta na naprzemiennym dialogu, zabawa <i>Na bębnie graj</i> , w której chłopiec odpowiadał muzycznie, wokalizacje w tonacji śpiewanej i granej piosenki czy skali, muzyczna naprzemienność/dialogowanie w improwizacji czy muzycznych piosenkach opartych na improwizacji – potwierdzają nawiązanie relacji opartej na wzajemnym zaufaniu oraz poczuciu bezpieczeństwa. Chłopiec wykazywał wiele radości z relacji z terapeutą – uśmiechał się, ekscytował, momentami wnikliwie obserwował jego ruchy i działania. Ponadto wykazywał świadomość wspólnego grania, często spoglądał na terapeutę i na jego sposób gry. Powtarzał produkcje dźwiękowe po usłyszeniu odgłosów zaśpiewanych przez terapeutę. Piotr z terapeutą niewątpliwie nawiązali relację, która doprowadzała do rozwoju społecznego chłopca.
Przypadek II – Julia	Julia nawiązała relację z terapeutą i komunikowała się z nim poprzez swobodne działania muzyczne oparte na improwizacji. Podczas procesu terapeutycznego wykazywała się dużą motywacją do bycia w relacji z terapeutą (o czym świadczą poszczególne zdarzenia muzyczne pomiędzy nimi). Gdy tylko pojawiała się improwizowana piosenka wykorzystująca materiał zaproponowany przez dziecko (np. pałeczki, maskotki, bęben czy pianino), dziewczynka bardzo się ożywiła, koncentrowała i angażowała we wspólne działania z terapeutą. Mając wiele swobody i dowolności w aktywnościach, Julia mogła sama decydować, co będzie robić, a co odrzuci. Jednak z biegiem czasu we wspólnym muzycznym dialogowaniu pojawiały się momenty kompromisu. Bez wątpienia relacja Julii z terapeutą, która zrodziła się podczas muzycznych spotkań, była relacją opartą na zrozumieniu i partnerstwie.
Przypadek III – Oskar	Chłopiec preferował narzucone aktywności z jasną strukturą i działaniem,

	<p>dzięki temu miał poczucie zrealizowania danego zadania. Podczas zabawy muzyczno-ruchowej, w której chłopiec miał reagować ruchowo i instrumentalnie na daną komendę, pomiędzy dzieckiem a terapeutą stopniowo tworzyło się prawdziwe partnerstwo. Oskar nie tylko rozwijał swoją sferę poznawczą, ale przede wszystkim odczuwał satysfakcję ze wspólnej muzycznej zabawy, w którą był zaangażowany zarówno on, jak i terapeuta. Działania oparte na strukturze były przestrzenią, w której odnajdywał się najlepiej ze względu na znajomość ich zasad. Czuł się bezpiecznie i mógł czerpać radość ze wzajemnej współpracy z terapeutą. Przewidywalność aktywności pozwalała mu angażować się w zabawy i nawiązywać klarowną relację z terapeutą.</p>
Przypadek IV – Damian	<p>Pod koniec badania oraz na ostatniej sesji chłopiec był przemęczony nadmiarem zajęć i przebytych wcześniej chorób, stąd nie chciał się angażować w działania muzyczne. Kondycja Damiana uniemożliwiała swobodny rozwój relacji z terapeutą. Podążanie terapeuty za chłopcem i jego potrzebami sprawiło jednak, że zaczął się angażować w poszczególne aktywności. Chłopiec śpiewał piosenki, zachowując melodię, zasięg interwałów i rytm, oraz reagował na muzyczne zmiany, zwłaszcza harmoniczne i dynamiczne. Pomimo ograniczeń psychofizycznych (złego stanu zdrowia) chłopiec – na ile to było możliwe – angażował się w muzyczny materiał, nawiązując muzyczną i słowną relację z terapeutą. Relacja ta pojawiała się, chociaż w mniejszym stopniu, jako że nie zostały zrealizowane najważniejsze potrzeby chłopca. Patrząc z perspektywy całego procesu terapeutycznego, chłopiec wykazywał zaangażowanie w muzykę i działania oraz tworzenie niektórych piosenek wspólnie z terapeutą.</p>
Przypadek V – Maciek	<p>Chłopiec był zaangażowany w różne aktywności, przede wszystkim te oparte na odtwarzaniu piosenek i zabawach z nimi związanych. Był skoncentrowany, obserwował i słuchał – zwłaszcza podczas ostatniej sesji. Ustrukturyzowane zabawy muzyczne pozwoliły chłopcu na uporządkowanie umiejętności i skupienie się na jednym działaniu. Podczas sesji występowały takie zdarzenia muzyczne, w ramach których chłopiec obserwował terapeutę i starał się za nim podążać, a czasem sam narzucał preferowane przez siebie aktywności. Ważnym momentem była wspólna improwizacja, w której chłopiec improwizował na dzwoneczkach z powtarzającym się motywem. Podczas gry chłopiec i terapeuta byli ze sobą synchronizowani pod względem rytmicznym. Czasami Maciek naśladował działania terapeuty, obserwował go i nawiązywał z nim kontakt wzrokowy. Chłopiec był skupiony i aktywny na zajęciach, coraz rzadziej zdarzały się stymulacje innymi przedmiotami. Strukturalność działań sprawiała chłopcu wiele satysfakcji (rozwijając potrzebę samorealizacji), a przy tym przyczyniała się do pogłębiania jego</p>

	relacji z terapeutą.
Przypadek VI – Miłosz	Podczas różnych zabaw muzycznych chłopiec uśmiechał się i nawiązywał właściwy kontakt wzrokowy z terapeutą – podążał za wskazówkami, skupiał się na ich realizacji, był zaangażowany w aktywność. Miłosz najchętniej włączał się do działań strukturalnych, mając do zrealizowania konkretne zadania (czy w piosence, czy w improwizacji). Improwizację natomiast traktował jako formę odreagowania oraz sensorycznego poznania. Dzięki niej mógł prowadzić działania (w tym również terapeutę) i rozwijać swoją kreatywność, a to pozytywnie wpływało na jego sferę społeczno-emocjonalną. Relacja pomiędzy terapeutą a Miłoszem była oparta na kompromisie, wzajemnym szacunku i partnerstwie. Chłopiec miał silną osobowość, co manifestował swoim zachowaniem czy chęcią dominacji w wielu aktywnościach. Jednak dzięki rozwijającej się więzi muzycznej i terapeutycznej opartej na zrozumieniu potrzeb zarówno jednej, jak i drugiej strony relacja z terapeutą stała się formą koleżeństwa.
Przypadek VII – Natalia	Muzyczne doświadczenia polegające w większości na odtwarzaniu piosenek i przeplataniu ich improwizacyjnymi wstawkami, wpływały pozytywnie na sferę społeczno-emocjonalną Natalii. Wspólne muzyczne eksploracje stały się płaszczyzną do rozwijania i umacniania relacji z terapeutą opartej na partnerstwie. Podczas strukturalnych aktywności w formie piosenek czy utworów instrumentalnych ujawniała się relacja pełna uważności, motywacji i zaangażowania. Nie zauważono jakichkolwiek form wycofywania się czy izolacji od sytuacji terapeutycznej lub terapeuty.
Przypadek VIII – Alan	Eksploracja instrumentów, dobieranie tych instrumentów, które były dla dziecka odpowiednie, wspólne tworzenie na dzwonkach, dostrajanie się w tempie oraz budowanie krótkich relacji muzycznych – przez takie działania chłopiec komunikował się z terapeutą oraz nawiązywał z nim relację. Te aktywności są dowodem swobody i spontaniczności w realizacji muzycznej ekspresji opartej na improwizacji wokalne, instrumentalnej oraz ruchowej. Alan (zwłaszcza pod koniec procesu terapeutycznego) był spokojny i opanowany – nie pojawiały się stymulacje ruchowe ani nadmierne pobudzenie. Czuł się bezpiecznie podczas kontaktu dotykowego z terapeutą w postaci trzymania się za ręce i kołysania się na boki. Wówczas chłopiec się relaksował i jeszcze lepiej wsłuchiwał się w muzyczny materiał terapeuty. Spokój, opanowanie, wspólna eksploracja instrumentów, dialogowanie improwizacyjne stanowiły dowód na istnienie więzi terapeutycznej pomiędzy Alanem a terapeutą.

Źródło: opracowanie własne.

Zamykając rozważania pragnę powrócić do motywu przewodniego niniejszej dysertacji, którym była potrzeba osławajania się z dzieckiem ze spektrum autyzmu - potrzeba jego rozumienia i docierania do niego za pośrednictwem muzyki. Bycie razem w doświadczeniach muzycznych i twórczej ekspresji, chwile wzniosłe a czasem trudne, wielość wspólnie przeżytych sytuacji oraz idące za tym, pojawiające się emocje sprawiły, że badania przybrały formę wspólnej muzycznej podróży, opartej na budowaniu partnerstwa dwóch światów. Początek podróży zawierał momenty pełne lęku, ciągłych pytań i trudności. Jednakże z biegiem procesu, pełnego uważności, ciągłej obserwacji, wzajemnego słuchania i czekania, mogłam dostrzec i zrozumieć potrzeby dziecka z którym pracowałam. Jak twierdziła Maria Skłodowska-Curie: „niczego w życiu nie należy się bać, należy to tylko zrozumieć”⁶⁶¹. Mam nadzieję, że dzięki tym badaniom w pewnym obszarze udało mi się zaobserwować i opisać wiele sytuacji, które sprawiają, że my jako badacze, terapeuci, tak po prostu ludzie, będziemy mogli zrozumieć działania osób z autyzmem, prowadząc do wzajemnej akceptacji i stwarzając szansę na ich rozwój i przekraczanie przez nich własnych możliwości.

Na końcu chciałabym jeszcze raz podziękować wspaniałym uczestnikom moich zajęć - Piotrowi, Julii, Oskarowi, Damianowi, Maciejowi, Miłoszowi, Natalii, Alanowi - za to, że mogłam odbyć z nimi podróż przez wysublimowany świat muzyki, dotrzeć do ich wyjątkowej wrażliwości i wreszcie tak wiele się od nich nauczyć.

⁶⁶¹ E.Favilli, F.Cavallo, *Opowieści na dobranoc dla młodych buntowniczek. 100 historii niezwykłych kobiet*, Wydawnictwo Debit, Katowice 2017, s.120-121.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams B. 2016. *Humanistic Approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Aigen K. 2014. *The Study of Music Therapy*, Routledge Taylor & Francis Group, New York–London.
- Aleksandrowicz J.W. 2005. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Alvin J., Warwick A. 1991. *Music Therapy for the Autistic Child*, Oxford University Press, New York.
- APA. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Association Publishing, Washington–London.
- APA. 2015. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Desk reference, Edra Urban & Partner, Wrocław.
- Bailey A., Phillips W., Rutter M. 1996. *Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1996, nr 37, s. 89–126.
- Baron-Cohen S. 1997. *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*, The MIT Press, Cambridge.
- Baron-Cohen S. 2002. *The extreme male brain theory of autism*, „Trends in Cognitive Sciences” 2002, nr 6 (6), s. 248–254.
- Baron-Cohen S. 2009. *Autism: The Empathizing-Systemizing (E-S) Theory*, „The Year in Cognitive Neuroscience” 2009, nr 1156, s. 68–80.
- Baron-Cohen S., Bolton P. 1999. *Autyzm. Fakty*, Wydawnictwo Jak, Kraków.
- Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. 1985. *Does the autistic child have a „theory of mind”?*, „Cognition” 1985, nr 21 (1), s. 37–46.
- Baron-Cohen S., Ring H., Wheelwright S., Bullmore E., Brammer M., Simmons A., Williams S. 1999. *Social intelligence in the normal and autistic brain: an f-MRI study*, „European Journal of Neuroscience” 1999, nr 11, s. 1891–1898.
- Baron-Cohen S., Scott F., Allison C., Williams J., Bolton P., Matthews F.E., Brayne C. 2009. *Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study*, „The British Journal of Psychiatry” 2009, nr 194, s. 500–509.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill S., Raste Y., Plumb I. 2001. *The reading in mind in the eyes. Test revised version: a study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2001, nr 42, s. 241–251.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R., Martin J., Cubley E. 2001. *The autism spectrum-quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2001, nr 31, s. 5–17.

- Baxter H.T., Berghofer J.A., MacEwan L., Nelson J., Peters K., Roberts P. 2007. *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Begeer S., Rieffe C., Terwogt M.M., Stockmann L. 2006. *Attention to facial emotion expressions in children with autism*, „Autism” 2006, nr 10, s. 37–51.
- Błęszyński J.J. 2005. *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń.
- Błęszyński J.J. 2009. *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Błęszyński J.J. 2011. *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Bobńska K., Gałęcki P., Florkowski A. 2010. *Autyzm a upośledzenie umysłowe. Zaburzenia psychiczne w autyzmie*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), Continuo, Warszawa.
- Bobkiewicz-Lewartowska L. 2011. *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Bogdanowicz M. 2000. *Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria, diagnoza, terapia, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej*, Warszawa.
- Bogdanowicz M. 2000. *Skale obserwacji zachowania (SOZ) dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Fokus, Gdańsk.
- Bogte H., Flamma B., Meere J. van der, Engeland H. van. 2008. *Cognitive flexibility in adults, with high-functioning autism*, „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology” 2008, nr 30, s. 33–41.
- Brauner A., Brauner F. 1988. *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna*, WSiP, Warszawa.
- Briggs C. 1991. *A model of understanding musical development*, „Music Therapy” 1991, nr 10 (1), s. 1–21.
- Briggs C. 2016. *Developmental Approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Briggs C., Bruscia K. *Developmental models for understanding musical behavior*, praca zaprezentowana na The Joint Conference on the Creative Arts Therapies.
- Brownell M.D., Arbor A. 2013. *Social Stories. Pairing the Story with Music*, [w:] *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorders. Developing Potential in Young Children and their Families*, P. Kern, M. Humpal (red.), Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Bruscia K. 1995. *The boundaries of music therapy research*, [w:] *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*, B. Wheeler (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Bruscia K. 1998. *An introduction to music psychotherapy*, [w:] *The dynamics of music psychotherapy*, K. Bruscia (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Bruscia K. 1998. *Defining Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum.

- Bruscia K. 2006. *The Fundamentals of Music Therapy Practice*, [w:] *Case studies in music therapy*, K. Bruscia (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Bryndal A., Procter S. 2012. *Muzykoterapia Nordoff-Robbins*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Buday E.M. 1995. *The Effects of Signed and Spoken Words Taught with Music on Sign and Speech Imitation by Children with Autism*, „Journal of Music Therapy” 1995, nr 32 (3), s. 189–202.
- Bukowska A. 2012. *Muzykoterapia neurologiczna*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Burns D.S., Masko M.K. 2016. *Combining interpretivist with objectivist methods in explanatory sequential designs*, [w:] *Music Therapy Research*, Third Edition, B. Wheeler, K.M. Murphy (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Byrne R.W., Russon A.E. 1998. *Learning by imitation: a hierarchical approach*, „The Behavioral and Brain Sciences” 1998, nr 21, s. 667–684.
- Cafiero J.M. 2005. *Meaningful exchanges for people with autism: An introduction to augmentative and alternative communication*, Woodbine House, Bethesda.
- Cantwell R., Cox J.L. 2003. *Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium*, „Current Obstetrics & Gynaecology” 2003, nr 13, s. 7–13.
- Castelli F. 2005. *Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development*, „Autism” 2005, nr 9, s. 428–449.
- Cheung P.P., Siu A.M. 2009. *A comparison of patterns of sensory processing in children with and without developmental disabilities*, „Research in Developmental Disabilities” 2009, nr 30, s. 1468–1480.
- Claassen M., Naude H., Pretorius E., Bosman M.C. 2008. *The contribution of prenatal stress to the pathogenesis of autism as a neurobiological developmental disorder: a dizygotic twin study*, „Early Child Development and Care” 2008, nr 178, s. 487–511.
- Colombi C., Liebal K., Tomasello M., Young G., Warneken F., Rogers S.J. 2009. *Examining correlates of cooperation in autism. Imitation, joint attention and understanding intentions*, „Autism” 2009, nr 13, s. 143–163.
- Cotugno A.J. 2010. *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
- Crane J., Winsler A. 2008. *Early autism detection. Implications for pediatric practice and public policy*, „Journal of Disability Policy Studies” 2008, nr 18 (4), s. 245–253.
- Crane L., Goddard L., Pring L. 2009. *Sensory processing in adults with autism spectrum disorders*, „Autism” 2009, nr 13, s. 184–190.
- Creswell J.W. 2013. *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Cytowska B. 2014. *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Czapiga A. 2009. *Model rozwoju w autyzmie i zaburzenia współwystępujące z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.

- Dawson G., Webb S., Schellenberg G.D., Dager S., Friedman S., Aylward E., Richards T. 2002. *Defining the broader phenotype of autism: genetic, brain, and behavioral perspectives*, „Development and Psychopathology” 2002, nr 14, s. 581–611.
- Delacato C.H. 1995. *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa.
- Denzin N.K., Lincoln Y.S. (red.) 2005. *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Third Edition, Sage Publications, London.
- Dileo Ch. 1999. *Introduction*, [w:] *Music therapy and medicine: Theoretical and clinical applications*, Ch. Dileo (red.), AMTA, Silver Spring.
- Dileo Ch. 2013. *A proposed model for identifying practices: A content analysis of the first 4 years of Music and Medicine*, „Music and Medicine” 2013, nr 5 (2), s. 110–118.
- DiSalvo C.A., Oswald D.P. 2002. *Peer-mediated interventions to increase the social interaction of children with autism: Considerations of peer expectancies*, „Focus on Autism and Other Developmental Disorders” 2002, nr 17 (4), s. 198–207.
- Donnellan A.M., Hill D.A. 2013. *Rethinking autism: implications of sensory and movement differences for understanding and support*, „Frontiers in Integrative Neurosciences” 2013, nr 124 (6), s. 1–11.
- Edgerton C. 1994. *The Effect of Improvisational Music Therapy on the Communicative Behaviors of Autistic Children*, „Journal of Music Therapy” 1994, nr 31 (1), s. 31–62.
- Elmer S. 2011. *Human singing: Towards a developmental theory*, „Psychomusicology: Music, Mind and Brain” 2011, nr 21 (1–2), s. 13–30.
- Favilli E., Cavallo F. 2017. *Opowieści na dobranoc dla młodych buntowniczek. 100 historii niezwykłych kobiet*, Wydawnictwo Debit, Katowice.
- Flick U. 2013. *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Franczyk A., Krajewska K. 2006. *Skarbiec nauczyciela-terapeuty (na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej), czyli od programu do realizacji – propozycje rozwiązań pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków.
- Frith U. 2008. *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk.
- Furman A. 2001. *Young children with autism spectrum disorder*, „Early Childhood Connections” 2001, nr 7 (2), s. 43–49.
- Galińska E. 1988. *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 155–178.
- Galińska E. 2005. *Psychodrama*, [w:] *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, t. 1, L. Grzesiuk (red.), Eneteia, Warszawa.
- Galińska E. 2012. *Portret Muzyczny jako forma psychoterapii*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Gattino G.S., Riesgo dos Santos R., Longo D., Leite J.C.L., Faccini L.S. 2011. *Effects of Relational Music Therapy on Communication of Children with Autism. A Randomized Controlled Study*, „Nordic Journal of Music Therapy” 2011, nr 20 (2), s. 142–154.

- Geretsegger M., Elefant C., Mossler K.A., Gold Ch. 2014. *Music Therapy for People with Autism Spectrum Disorder. Review*, „The Cochrane Library” 2014, nr 6, s. 1–63.
- Ghaziuddin M., Gerstein L. 1996. *Pedantic speaking style differentiates Asperger syndrome from high functioning-autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1996, nr 32, s. 585–595.
- Gilroy A. 2009. *Arteterapia – badania i praktyka*, AHE, Łódź.
- Gold Ch., Wigram T., Elefant C. 2006. *Music Therapy for Autistic Spectrum Disorder*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 2, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub3/full> (data dostępu: 23.09.2017).
- Gooding L., Standley J.M. 2011. *Musical Development and Learning Characteristics of Students. A Compilation of Key Points from the Research Literature Organized by Age*, „Update: Applications of Research in Music Education” 2011, nr 30 (1), s. 32–45.
- Graham J. 2006. *If You Can't Beat Them, Join Them! Long-Term Music Therapy with an Autistic Savant Man*, „Music Therapy Today” 2006, nr 7 (4), s. 892–912.
- Grandin T., Panek R. 2016. *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, Copernicus Center Press, Kraków.
- Greenspan S.L., Wieder S. 2014. *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gruna-Ożarowska A. 2009. *Umysł niewspółodczuwający. Neurobiologia autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Guerrero N., Marcus D., Turry A. 2016. *Nordoff-Robbins Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Guerrero N., Turry A. 2013. *Nordoff-Robbins Music Therapy. An Expressive and Dynamic Approach for Young children on the Autism Spectrum*, [w:] *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorders. Developing Potential in Young Children and their Families*, P. Kern, M. Humpal (red.), Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Hamilton A.F., Brindley R., Frith U. 2009. *Visual perspective taking impairment in children with autistic spectrum disorder*, „Cognition” 2009, nr 113, s. 37–44.
- Hammersley M. 2008. *Bricolage and Bricoleur*, [w:] *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, L.M. Given, (red.), SAGE Publications, London.
- Happe F., Frith U. 2006. *The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2006, nr 36, s. 5–25.
- Happe F.G. 1995. *The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism*, „Child Development” 1995, nr 66, s. 843–855.
- Hasser S. 2016. *Cognitive-Behavioral Approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.

- Herzyk A., Krukow P. 2009. *Analiza neuropsychologiczna zaburzeń emocji i osobowości u pacjentów z dysfunkcjami mózgu*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), UMCS, Lublin 2009.
- Hintz M.R. 2013. *Autism*, [w:] M.R. Hintz, *Guidelines for Music Therapy Practice in Developmental Health*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Hirstein W., Iversen P., Ramachandran V.S. 2001. *Autonomic responses of autistic children to people and objects*, „Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences” 2001, nr 268 (1479), s. 1883–1888.
- Howlin P., Magiati I., Charman T. 2009. *Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism*, „American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities” 2009, nr 114, s. 23–41.
- Humpal M., Kern P. 2013. *Evidence-based Practice for Young Children with Autism Spectrum Disorders. Implications for Music Therapy*, [w:] *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorders. Developing Potential in Young Children and their Families*, P. Kern, M. Humpal (red.), Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Hurt-Thaut C.P., Johnson S.B. 2016. *Neurologic Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Isenberg C. 2016. *Psychodynamic approaches*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Jackson N.A. 2016. *Phenomenological Inquiry*, [w:] *Music Therapy Research*, Third Edition, B. Wheeler, K.M. Murphy (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Jaklewicz H. 1994. *Autyzm wczesnodziecięcy – próba wyróżnienia postaci klinicznych*, [w:] *Autyzm: kontrowersje i wyzwania*, W. Dykcik (red.), Wydawnictwo Eruditus, Poznań.
- Jansiewicz E.M., Goldberg M.C., Newschaffer C.J., Denckla M.B., Landa R., Mostofsky S. 2006. *Motor signs distinguish children with high-functioning autism and Asperger's syndrome from controls*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2006, nr 36, s. 613–621.
- Kaczmarek B.B. 2009. *Nie jak, ale dlaczego? O własnym języku dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Kaczmarek B.B. 2015. *Obraz narzędziem komunikacji – znaki i strategie wizualne w usprawnianiu społecznego zrozumienia i komunikacji osób z ASD*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Kaczmarek B.B. 2015. *Obraz narzędziem komunikacji*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Kaczmarek B.B. 2015. *Wstęp*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Kasari C., Freeman S.F.N., Paparella T. 2000. *Early intervention in autism: joint attention and symbolic play*, [w:] *International Review of Research in Mental Retardation*, L.M. Glidden (red.), Academic, San Diego.

- Katagiri J. 2009. *The Effect of Background Music and Song Texts on the Emotional Understanding of Children with Autism*, „Journal of Music Therapy” 2009, nr 46, s. 15–31.
- Kawa R. 2009. *Wybrane techniki rozwijania umiejętności społecznych w pracy z dziećmi z autyzmem metodą stosowanej analizy zachowania*, [w:] *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, M. Gambin, E. Łukowska (red.), WUW, Warszawa.
- Kawa R. 2015. *Picture Exchange Communication System (PECS) jako metoda rozwijania umiejętności komunikowania się dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Kay L. 2015. *Research as Bricolage: Navigating in/between the Creative Arts Disciplines*, „Music Therapy Perspectives” 2015, nr 34 (1), s. 26–32.
- Kenny C.B. 1989. *The Field of Play. A Guide for the Theory and Practise of Music Therapy*, Ridgeview Publishing Company, Atascadero.
- Kern J.K., Triverdi M.H., Grannemann B.D., Garver C.R., Johnson D.G., Andrews A.A., Savla J.S., Mehta J.A., Schroeder J.L. 2006. *The pattern of sensory processing abnormalities in autism*, „Autism” 2006, nr 10, s. 480–494.
- Kern P. 2008. *Singing our way through the day: Using music with young children during daily routines*, „Children and Families” 2008, nr 22 (2), s. 50–56.
- Kern P. 2013. *Autism Spectrum Disorders Primer. Characteristics, Causes, Prevalence and Intervention*, [w:] *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorders. Developing Potential in Young Children and their Families*, P. Kern, M. Humpal (red.), Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Kern P., Aldridge D. 2006. *Using Embedded Music Therapy Interventions to Support Outdoor Play of Young Children with Autism in an Inclusive Community-Based Child Care Program*, „Journal of Music Therapy” 2006, nr 43 (4), s. 270–294.
- Kern P., Humpal M. 2008. *Common Techniques. SOS Early Childhood*, 10 rocznica konferencji AMTA, St. Louis.
- Kern P., Humpal M. 2013. *Strategies and Techniques. Making it Happen for Young Children with Autism Spectrum Disorders*, [w:] *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorders. Developing Potential in Young Children and their Families*, P. Kern, M. Humpal (red.), Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Kern P., Wakeford L., Aldridge D. 2007. *Improving the Performance of a Young Child with Autism During Self-Care Tasks Using Embedded Song Interventions: A Case Study*, „Music Therapy Perspectives” 2007, nr 25 (1), s. 43–51.
- Kern P., Wolery M., Aldridge D. 2007. *Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines for Young Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2007, nr 37 (7), s. 1264–1271.
- Kieryl M. 2012. *Mobilna Rekreacja Muzyczna*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Kim J., Wigram T., Gold Ch. 2008. *The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autism Children: A Randomized Controlled Study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2008, nr 38, s. 1758–1766.

- Kim J., Wigram T., Gold Ch. 2009. *Emotional, Motivational and Interpersonal Responsiveness of Children with Autism in Improvisational Music Therapy*, „Autism” 2009, nr 13 (4), s. 389–409.
- Knapik-Szweda S. 2016. *Proces muzykoterapeutyczny we wsparciu rozwoju sfery komunikacyjnej i społecznej dzieci z autyzmem*, [w:] *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu. Studia – refleksje – doświadczenia*, B. Pazur (red.), Wydawnictwo Polihymnia, Lublin.
- Knapik-Szweda S. 2017. *Zastosowanie muzyki w terapii dzieci i młodzieży z autyzmem – przegląd badań*, „Psychiatria i Psychoterapia”, 2017, nr 13 (2), s. 20–34.
- Konarzewski K. 2000. *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, WSiP, Warszawa.
- Konieczna E.J. 2007. *Arteterapia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Konieczna-Nowak L. 2013. *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Koomar J., Kranowitz C., Szklut S., Balzer-Martin L., Haber E., Sava D.I. 2014. *Integracja sensoryczna. Odpowiedzi na pytania zadawane przez nauczycieli*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Kornas-Biela D. 2011. *Okres prenatalny*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Krasoń K., Konieczna-Nowak L. 2016. *Sztuka, terapia, poznanie. W stronę podejścia indywidualizującego w badaniach muzykoterapeutycznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Krause A. 2011. *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Kruk-Lasocka J. 2001. *Autyzm czy zespół Aspergera? Wpływ rozbieżności diagnostycznych na oddziaływania terapeutyczne*, [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, T. Gałkowski, J. Kossewska (red.), Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Kruk-Lasocka J. 2009. *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi*, [w:] *Pedagogika specjalna*, W. Dykcik (red.), UAM, Poznań.
- Kruś K. 2016. *Metody niedyrektywne jako alternatywa terapii autyzmu*, [w:] *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu. Studia – refleksje – doświadczenia*, B. Pazur (red.), Wydawnictwo Polihymnia, Lublin.
- Kutscher L.M., Attwood T., Wolff R.R. 2007. *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Wydawnictwo Liber, Warszawa.
- Kuusikko S., Haapsamo H., Jansson-Verkasalo E., Hurtig T., Mattila M.L., Ebeling H., Jussila K., Bolte S., Moilanen I. 2009. *Emotion recognition in children and adolescents with autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2009, nr 36, s. 938–945.
- LaGasse B.A., 2014. *Effects of a Music Therapy Group Intervention on Enhancing Social Skills in Children with Autism*, „Journal of Music Therapy” 2014, nr 51 (3), s. 250–275.

- Lam K.S., Bodfish J.W., Piven J. 2008. *Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2008, nr 49, s. 1193–1200.
- Lecourt E. 2008. *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, Videograf, Katowice.
- Leslie A.M. 1994. *Pretending and believing: Issue in the theory of ToMM*, „Cognition” 1994, nr 50, s. 211–238.
- Leslie A.M., Friedman O., German T.P. 2004. *Core mechanisms in „theory of mind”*, „Trends in Cognitive Sciences” 2004, nr 8, s. 528–533.
- Lim H.A. 2010. *Effect of Developmental Speech and Language Training Through Music on Speech Production in Children with Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Music Therapy” 2010, nr 48 (1), s. 2–26.
- Lim H.A., Draper E. 2011. *The Effects of Music Therapy Incorporated with Applied Behavior Analysis Verbal Behavior Approach for Children with Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Music Therapy” 2011, nr 48 (4), s. 532–550.
- Lindell A., Notice K., Withers K. 2009. *Reduced language processing asymmetry in non-autistic individuals with high levels of autism traits*, „Laterality” 2009, nr 14, s. 457–472.
- Lord C., McGee J.P. (red.) 2001. *Division of Behavioral and Social Science and Education*, National Academy Press, Washington.
- Lord C., Schulman C., Dilavore P. 2004. *Regression and word loss in autistic spectrum disorders*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2004, nr 45, s. 936–955.
- Ławicka J. 2016. *Nie jestem kosmitą. Mam zespół Aspergera*, Fundacja Prodeste, Opole.
- Markiewicz K. 2004. *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, UMCS, Lublin.
- Markiewicz K. 2015. *Kompetencje i dysfunkcje komunikacyjne osób z ASD – ujęcie rozwojowe*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Materiały szkoleniowe z Nordoff-Robbins Summer School 2015. *Possible musical descriptors*.
- Mercier C., Mottron L., Belleville S. 2000. *A psychosocial study on restricted interests in high-functioning persons with pervasive developmental disorders*, „Autism” 2000, nr 4, s. 406–425.
- Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*. 2002. Merriam-Webster Inc, Springfield.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. 2000. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.
- Minczakiewicz E. 1994. *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, [w:] *Autyzm: kontrowersje i wyzwania*, W. Dykik (red.), Wydawnictwo Eruditus, Poznań.
- Minczakiewicz E. 2009. *Śpiew i muzyka w rozwijaniu aktywności komunikacyjnej u dzieci z diagnozą autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.

- Moor J. 2006. *Śmiech, zabawa i nauka z dziećmi o profilu autystycznym*, Wydawnictwo Cyklady, Łódź–Warszawa.
- Nason B. 2017. *Porozmawiajmy o autyzmie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Natanson T. 1988. *Muzyczna profilaktyka, w procesie nauczania-wychowania. Wybrane refleksje, teoretyczne*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1988, nr 45, s. 121–127.
- National Autism Center. 2015. *Findings and Conclusions. National Standards Project. Addressing the Need for Evidence-Based Practice Guidelines for Autism Spectrum Disorder*, National Autism Center, Randolph.
- Noens I., Berckelaer-Onnes I. van. 2004. *Making sense in a fragmentary world communication in people with autism and learning disability*, „Autism” 2004, nr 8, s. 197–218.
- Nordoff P., Robbins C. 1971. *Music Therapy in Special Education*, The John Day Company, New York.
- Nordoff P., Robbins C. 2008. *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Nordoff P., Robbins C. 2008. *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- O’Cathain A., Murphy E., Nicholl J. 2008. *The quality of mixed methods studies in health services research*, „Journal of Health Services Research and Policy” 2008, nr 13 (2), s. 92–98.
- Olechnowicz H. 2004. *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa.
- Pasiali V., LaGasse A.B., Penn L.S. 2014. *The Effect of Musical Attention Control Training (MACT) on Attention Skills of Adolescents with Neurodevelopmental Delays. A Pilot Study*, „Journal of Music Therapy” 2014, nr 51 (4), s. 333–354.
- Pavlicevic M. 2010. *Music Therapy in Context. Music, Meaning and Relationship*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Pietras T., Witusik A. 2010. *Autyzm – pozycja nozologiczna, charakterystyka kliniczna i diagnoza*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), Continuo, Warszawa.
- Pilch T. 1998. *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Pisula E. 2000. *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Pisula E. 2005. *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk.
- Pisula E. 2012. *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot.
- Płazewska B. 2009. *Dylematy diagnostyczne związane z występowaniem symptomów zaburzeń łączonych. Historia dwóch małych chłopców – długa podróż przez nieznanie*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Podeszewska-Mateńsko M. 2015. *AAC – piktogramy w komunikacji i edukacji osób z autyzmem*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby*

- porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Prickett C. 2005. *Principles of Quantitative Research*, [w:] *Music Therapy Research*, Second Edition, B. Wheeler (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Procter S. 2002. *The Therapeutic, Musical Relationship: a Two-Sided Affair*, „Voices”, nr 2 (3), <https://voices.no/index.php/voices/article/view/102/79> (data dostępu: 23.09.2017).
- Procter S. 2012. *Muzykoterapia społecznościowa*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Raszewska M., Kulesza W. 2009. *Muzyka otwiera nam świat – arkusze postępów dziecka autystycznego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Register D., Humpal M., 2007. *Using musical transitions in early childhood classrooms: Three case examples*, „Music Therapy Perspectives” 2007, nr 25 (1), s. 25–31.
- Reschke-Hernández A.E. 2004, *The Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City.
- Ridder H.M., Facher J. 2016. *Objectivist case study research*, [w:] *Music Therapy Research*, Third Edition, B. Wheeler, K.M. Murphy (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Ring H., Woodbury-Smith M., Watson P., Wheelwright S., Baron-Cohen S. 2008. *Clinical heterogeneity among people with high-functioning autism spectrum conditions: evidence favouring a continuous severity gradient*, „Behavioral and Brain Functions” 2008, nr 4, s. 1–6.
- Rivera N., Powers M. 2012. *Muzykoterapia a spektrum zaburzeń autystycznych: działania o charakterze interdyscyplinarnym w Stanach Zjednoczonych*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Robledo J., Donnellan A.M., Strandt-Conroy K. 2012. *An exploration of sensory and movement differences from the perspective of individuals with autism*, „Frontiers in Integrative Neurosciences” 2012, nr 107 (6), s. 1–13.
- Rogers M. 2012. *Contextualizing Theories and Practices of Bricolage Research*, „The Qualitative Report” 2012, nr 17 (7), s. 5.
- Rogers S.J., Dawson G., Vismara L.A. 2015. *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM). Jak wykorzystać codzienne aktywności, aby pomóc dzieciom tworzyć więzi, komunikować się i uczyć*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Rolvjsjord R. 2010. *Resource-oriented music therapy in mental health care*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Rozetti-Szymańska A., Wójcik J., Pietras T. 2010. *Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), Continuo, Warszawa.
- Rutherford M.D., Towns M.A. 2008. *Scan path differences and similarities during emotion perception in those with and without autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2008, nr 38, s. 1371–1381.
- Ruud E. 1998. *Music Therapy, Improvisation, Communication and Culture*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Saint-Exupery A. de. 1990. *Mały Księżę*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa.

- Schaffer H.R. 2013. *Psychologia dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Scheiby B.B. 2016. *Analytical Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Schwartz E. 2008. *Music, Therapy and Early Childhood. A Developmental Approach*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Schwartzberg E., Silverman M. 2013. *Effects of music-based social stories on comprehension and generalization of social skills in children with autism spectrum disorders: A randomized effectiveness study*, „The Arts in Psychotherapy” 2013, nr 40, s. 331–337.
- Sekułowicz M. 2017. *Materiały konferencyjne „Autyzm bez przemocy”*, Fundacja Prodeste, Opole.
- Shattock P., Whiteley P., Todd L. 2009. *Autyzm jako zaburzenie metabolizmu*, Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Krakowie, Kraków.
- Sigman M., Dijamco A., Gratier M., Rozga A. 2004. *Early detection of core deficits in autism*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 2004, nr 10, s. 221–233.
- Silani G., Bird G., Brindley R., Singer T., Frith C., Frith U. 2008. *Levels of emotional awareness and autism: an fMRI study*, „Social Neuroscience” 2008, nr 3, s. 97–112.
- Simpson K., Keen D. 2010. *Teaching Young Children with Autism Graphic Symbols Embedded Within an Interactive Song*, „Journal of Developmental and Physical Disabilities” 2010, nr 20, s. 165–177.
- Simpson K., Lamb D. 2013. *The Use of Music to Engage Children with Autism in a Receptive Labelling Task*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 2013, nr 7, s. 1489–1496.
- Skórczyńska M. 2009. *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Sommers-Flanagan J. 2007. *The development and evolution of person-centered expressive art therapy: A conversation with Natalie Rogers*, „Journal of Counseling and Development” 2007, nr 85 (1), s. 120–125.
- Speer L.L., Cook A.E., McMahon W.M., Clark E. 2007. *Face processing in children with autism: effects of stimulus contents and type*, „Autism” 2007, nr 11, s. 265–277.
- Stachyra K. 2009. *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, UMCS, Lublin.
- Stachyra K. 2012. *Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Stachyra K. 2012. *Projektowanie i organizacja procesu terapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Stachyra K. 2016. *Muzykoterapia w pracy nad rozwojem umiejętności komunikacyjnych osób z autyzmem – zarys problematyki*, [w:] *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu. Studia – refleksje – doświadczenia*, B. Pazur (red.), Wydawnictwo Polihymnia, Lublin.
- Stegemann T., Hitzeler M., Blotevogel M. 2015. *Arteterapie dla dzieci i młodzieży: muzykoterapia, choreoterapia, terapia sztuką*, Harmonia Universalis, Gdańsk.

- Stige B. 2002. *Culture-centered Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Stige B. 2016. *Community Music Therapy*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Strelau J., Doliński D. (red.) 2008. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P. 2012. *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, GWP, Sopot.
- Sullivan M., Finelli J., Marvin A., Garrett-Mayer E., Bauman M., Landa R. 2007. *Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorders: A prospective study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 2007, nr 37, s. 37–48.
- Swettenham J., Baron-Cohen S., Charman T., Cox A., Baird G., Drew A., Rees L., Wheelwright S. 1998. *The frequency and distribution of spontaneous attention shifts between social and nonsocial stimuli in autistic, typically developing and nonautistic developmentally delayed infants*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines” 1998, nr 39, s. 747–753.
- Talarowska M., Florkowski A., Gałęcki P., Zboralski K. 2009. *Psychologiczne koncepcje rozwoju autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Taylor B., Miller E., Farrington C.P., Petropoulos M.Ch., Favot-Mayaud I., Li J., Waight P.A. 1999. *Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association*, „The Lancet” 1999, nr 353 (9169), s. 2026–2029.
- Tesch R. 1990. *Qualitative research: Analysis types and software tools*, Falmer Press, New York.
- Thaut M. 2000. *A scientific model of music in therapy and medicine*, IMP Press, San Antonio.
- Thompson G., McFerran K., Gold Ch. 2013. *Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study*, „Child: Care, Health and Development” 2013, nr 40 (6), s. 840–852.
- Traczyk W. 1989. *Fizjologia człowieka w zarysie*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Trevarthen C., Aitken K.J. 2001. *Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines” 2001, nr 42, s. 3–48.
- Tyszkowa M., Przetacznik-Gierowska M. 2011. *Wybrane koncepcje i teorie rozwoju psychicznego człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ubraniuk J. 2009. *To, co jest niewidoczne dla oczu. Prozapagnozja w diagnozie dziecka ze spektrum zaburzeń autystycznych*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Vaiouli P., Schertz H. 2012. *Promoting Social Engagement for Young Children with Autism: A Music Therapy Approach*, Triennial Conference of The European Society for the Cognitive Sciences of Music 2012, s. 23–28, http://icmpcescom2012.web.auth.gr/files/papers/1044_Proc.pdf (data dostępu: 23.09.2017).
- Ventre M., McKinney C.H. 2016. *The Bonny Method of Guided Imagery and Music*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.

- Verney R., Ansdell G. 2010. *Conversations on Nordoff-Robbins Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Walsh R., Vaughan F. 1993. *On transpersonal definitions*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1993, nr 25 (2), s. 125–182.
- Walworth D.D. 2010. *Incorporating Music into Daily Routines: Family Education and Integration*, „Imagine” 2010, nr 1 (1), s. 28–31.
- Watson L.R., Baranek G.T., Crais E.R. 2010. *The First Year Inventory: Retrospective parent responses to a questionnaire designed to identify one-year-olds at risk for autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2010, nr 37, s. 49–61.
- Wciórka J., Pużyński S. 2000. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.
- Wendorff J. 2010. *Autyzm a padaczka*, [w:] *Autyzm – epidemiologia diagnoza i terapia*, T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), Continuo, Warszawa.
- Wheeler B. 1983. *A psychotherapeutic classification of music therapy practices: A continuum of procedures*, „Music Therapy Perspectives” 1983, nr 2, s. 8–12.
- Wheeler B. 2005. *Overview of Music Therapy Research*, [w:] *Music Therapy Research*, Second Edition, B. Wheeler (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Wheeler B. 2012. *Badania w dziedzinie muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, K. Stachyra (red.), UMCS, Lublin.
- Wheeler B. 2016. *Music therapy as a profession*, [w:] *Music Therapy Handbook*, B. Wheeler (red.), Guilford Press, New York.
- Wheeler B., Kenny C. 2005. *Principles of Qualitative Research*, [w:] *Music Therapy Research*, Second Edition, B. Wheeler (red.), Barcelona Publishers, Gilsum.
- Wheeler B.L., Shultis C.L., Polen D.W. 2005. *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, Barcelona Publishers, Gilsum.
- Whipple Ch., Gfeller K., Driscoll V., Oleson J., McGregor K. 2015. *Do Communication Disorders Extend to Musical Messages? An Answer from Children with Hearing Loss or Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Music Therapy” 2015, nr 52 (1), s. 78–116.
- Whipple J. 2004. *Music in Intervention for Children and Adolescents with ASD: Meta-analysis*, „Journal of Music Therapy” 2004, nr 41 (2), s. 90–106.
- Wigram T. 2004. *Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Wigram T., Gold Ch. 2006. *Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence*, „Child: Care, Health and Development” 2006, nr 32 (5), s. 535–542.
- Wigram T., Pendersen I.N., Bonde L.O. 2004. *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia.
- Williams D. 2005. *Nikt nigdzie. Niezwykła autobiografia autystycznej dziewczyny*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa.

- Wimpory D., Chadwick P., Nash S. 1995. *Brief report. Musical Interaction Therapy for Children with Autism: An Evaluative Case Study with Two-Year Follow-Up*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1995, nr 25 (5), s. 541–552.
- Winczura B. 2009. *Zabawa jak komponent teorii umysłu u dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, B. Winczura (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Winczura B. 2013. *Dziecko z autyzmem*, [w:] *Dzieci chore niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Wing L., Gould J. 1979. *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1979, nr 9, s. 11–29.
- Wojaczek K., Płatos M., Lipnicka M., Okruszek Ł. 2015. *Zastosowanie programów komputerowych w terapii osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2015, nr 11 (2), s. 21–37.
- Wujcik R., Porzycka A., Witusik A., Pietras T. 2010. *Neurorozwojowa hipoteza autyzmu*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), Continuo, Warszawa.
- Yeung-Courchesne R., Courchesne E. 1997. *From impasse to insight in autism research. From behavioral symptoms to biological explanations*, „Development and Psychopathology” 1997, nr 9, s. 389–419.
- Zamkowska A. 2013. *Osoby zdolne z niepełnosprawnością wyzwaniem dla pedagogiki specjalnej*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2013, nr 2 (20), s. 27–45.
- Zawidniak N. 2015. *Behawioralna koncepcja nabywania języka oraz rozwijania mowy i komunikacji u osób z autyzmem*, [w:] *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Zimbardo P. 1999. *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Źródła internetowe

- <http://badabada.pl/pro/m-chat-r-f> – narzędzie M-CHAT-RF; strona internetowa Programu Wczesnego Wykrywania Autyzmu „Badabada” (data dostępu: 12.06.2017).
- <https://www.carautismroadmap.org/infant-toddler-checklist-itc/?print=pdf> – narzędzie Infant Toddler Checklist (ITC); strona internetowa Center for Autism Research (data dostępu: 12.06.2017).
- <http://www.adesse.pl/strona/ados-2-i-adi-r> – ADOS-2 i ADI-R; strona internetowa Centrum Adesse poświęcona wczesnemu wykrywaniu trudności rozwojowych (data dostępu: 12.06.2017).
- <http://www.proedinc.com/customer/productView.aspx?ID=4754> – cars-2; strona internetowa wydawnictwa Pro-ed (data dostępu: 12.06.2017)

<http://sjp.pwn.pl/szukaj/animaloterapia.html> – hasło „animaloterapia”; strona internetowa *Słownika języka polskiego* PWN (data dostępu: 16.06.2017).

<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/171065> – metoda Tomatisa; strona internetowa Niepełnosprawni.pl (data dostępu 16.06.2017).

<https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/> – informacje o muzykoterapii; strona internetowa Amerykańskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów AMTA (data dostępu: 03.08.2017).

ANEKSY

Materiały zamieszczone w aneksach zawierają szczegółowe opisy narzędzi badawczych (skal oraz kwestionariuszy) uwzględniające cele, sposób prezentowania danych i ich uzyskiwania. Przedstawiono tutaj takie narzędzia badawcze, jak: kategorie badawcze dotyczące zachowań pożądanых i niepożądanых, *The Autism Developmental Skillset Assessment* (ADSA), **kwestionariusz wywiadu** opracowany na podstawie uzupełniającego kwestionariusza *Autism Developmental Skillset Assessment* (ADSA), **standaryzowaną skalę obserwacji zachowania dziecka** (SOZ-D), **skalę I: Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym** (opracowaną na podstawie *Scale I Child–Therapist Relationship in Coactive Musical Experience Rating Form*), **skalę II: Muzyczna komunikatywność** (opracowaną na podstawie *Scale II Musical Communicativeness Rating Form*).

Załącznik 1A. Kategoria pożądane muzyczne

Opisuje pożądane zachowania muzyczne – każdemu pożądanemu zachowaniu muzycznemu jest przyporządkowane pożądane zachowanie niemuzyczne, które określa poznawczą i /lub motoryczną sferę rozwojową.

Tabela 41. Kategoria pożądane muzyczne

Pożądane zachowania muzyczne		Pożądane zachowania niemuzyczne	
A.	Powtarza wysokość dźwięku (2)	1.	Koncentruje się (p)
B.	Wokalizuje (5)	2.	Naśladuje (p)
C.	Powtarza muzyczne działania terapeuty (2/4)	3.	Wnioskuje (p)
D.	Śpiewając lub grając, zachowuje melodyczną strukturę samodzielnie lub pod wpływem terapeuty (1/3)	4.	Zapamiętuje (p)
E.	Uspokaja się, gdy słyszy znaną piosenkę (33/38)	5.	Eksploruje i/lub rozumie (p)
F.	Śpiewa interwały o małym zasięgu (5)	6.	Wykazuje bujną wyobraźnię (p)
G.	Skupia się, gdy w prezentowanej piosence/wokalizacji pojawiły się zmiany melodyczne (1)	7.	Wykazuje myślenie twórcze (p)
H.	Stosuje konsonanse podczas wokalizacji/śpiewania lub tworzenia instrumentalnego (5)	8.	Wykazuje pomysłowość (p)
I.	Mamrotanie/nucenie opiera się na melodycznej intonacji (1/2/37)	9.	Wykazuje oryginalność (p)
J.	Używa prostych słów, kiedy wokalizuje znaną piosenkę (2/10)	10.	Przetwarza zmysłowo: obserwuje/słucha/dotyka (p)
K.	Stosuje glissando głosem (5)	11.	Zachowuje koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową (m)
L.	Skupia się bardziej podczas melodycznej pauzy/ciszy (1)	12.	Myśli abstrakcyjnie (p)
M.	Śpiewa frazy oparte na dwóch/trzech słowach, stosując odpowiednie interwały melodyczne (1/10/13)	13.	Różnicuje i analizuje (p)
N.	Naśladuje rosnące interwały (2)	14.	Wskazuje części ciała (p)
O.	Stopniowo śpiewa interwały (5)	15.	Rozróżnia i nazywa kolory (p)
P.	Śpiewa/nuci/gra znaną piosenkę, stosując odpowiedni rytm lub tonację (2/10/13)	16.	Rozpoznaje i nazywa pory roku; dostrzega cechy charakterystyczne danej pory roku (p)
Q.	Śpiewa frazy oparte na czterech lub pięciu	17.	Rozpoznaje i nazywa wybrane owoce, warzywa, rośliny (p)
		18.	Rozpoznaje zwierzęta (nazwy/odgłosy) (p)
		19.	Wymienia dni tygodnia chaotycznie lub z zachowaniem kolejności (p)
		20.	Wyszukuje i nazywa figury geometryczne (p)
		21.	Określa wielkość przedmiotów, figur (porównuje) i układa według wielkości wzrastającej i malejącej (2 i więcej przedmiotów) (p)
		22.	Przelicza na konkretach, posługując się

	nutach (5/13)		liczebnikami (p)
R.	Stosuje melodyczny zasięg interwałów/skali, kiedy śpiewa z akompaniamentem terapeuty (może też odzwierciedlać tonację terapeuty) (2/10/13)	23.	W zakresie sprawności fizycznej (motoryka duża) dziecko potrafi: poruszać się... (m)
S.	Akceptuje wibracje instrumentu, kiedy gra on na/przy ciele dziecka (10)	24.	W codziennych czynnościach posługuje się: ręką (prawą, lewą, obiema, naprzemiennie); nogą (prawą, lewą, obiema, naprzemiennie) (m)
T.	Poszukuje źródła dźwięku, używając rąk (31/32)	25.	Rozumie i stosuje pojęcia: „do przodu”, „do tyłu”, „przed siebie”, „za siebie” (m)
U.	Używa rąk, by zagrać na instrumentach przez krótki czas (31)	26.	Rozumie i stosuje pojęcia: „lewo”, „prawo”, „na górze”, „na dole”, „z boku” (m)
V.	Wykorzystuje dźwięk instrumentu/instrumentów do powtarzania dźwięków (10)	27.	Stosuje pojęcia dotyczące położenia przedmiotów względem innych przedmiotów w przestrzeni: „na”, „pod”, „za”, „między”, „nad”, „wyżej”, „niżej” (m)
W.	Potrząsa prostymi instrumentami, kiedy trzyma je w ręce (31/34)	28.	Rozumie, reaguje na polecenia terapeuty i wykonuje je (p)
X.	Używa rąk do grania na tamburynie/bębnie (31)	29.	Samodzielnie i spontanicznie naśladuje czynności (p)
Y.	Przekłada instrument z jednej ręki do drugiej (11/31/33)	30.	Wykazuje dużą aktywność fizyczną (m)
Z.	Używa całej ręki/pojedynczych palców do uderzania w klawisze pianina (31/34/35)	31.	Wykorzystuje ręce adekwatnie do przeznaczenia (m)
AA.	Używa ręki do grania na gitarze (31/34/35)	32.	Wykorzystuje nogi adekwatnie do przeznaczenia (m)
BB.	Poznaje właściwości instrumentów, odkrywając je samodzielnie (1/5/8/9)	33.	Wykazuje się dobrą sprawnością motoryczną (m)
CC.	Uderza dwa instrumenty o siebie (5/10)	34.	Samodzielnie wykonuje działania ruchowe (m)
DD.	Chwyta pałkę i używa jej do grania (11/31/33/34)	35.	Kontroluje swoje ruchy podczas danej aktywności/sesji (m)
EE.	Stosuje podstawowy schemat rytmiczny, kiedy gra na instrumentach (2/4)	36.	Poproszony, dostosowuje ruchy do działań terapeuty (m)
FF.	Naśladuje proste schematy rytmiczne lub melodyczne (2/28)	37.	Stara się zrozumieć obowiązujące zasady (p)
GG.	Uderza zgodnie z metrum (2/10/37)	38.	Uspokaja się pod wpływem działań terapeutycznych (m)
HH.	Gra proste sekwencje na dzwoneczkach lub innych instrumentach (5/10)	39.	Rozumie sytuację terapeutyczną i jest świadom struktury zajęć (p)
II.	Rytmicznie powtarza ruchy ciała w piosence lub w innym materiale muzycznym (34/35)		
JJ.	Porusza częściami ciała (34/35)		
KK.	Chętnie uczy się na pamięć piosenek, rymowanek (2/4)		

LL.	Uspokaja się w rytmicznym napięciu (38)	
MM.	Uspokaja się w trakcie sesji (38)	
NN.	Słucha i odbiera interesujący go materiał muzyczny (1/5)	
OO.	Słucha i stopniowo uspokaja się pod wpływem działań muzykoterapeutycznych (35/38)	
PP.	Toleruje rytmiczne poruszanie częściami ciała z terapeutą (35/36/38)	
QQ.	Porusza częściami ciała w stałym rytmie i/lub pulsie (11/30/34)	
RR.	Używa ciała do rytmicznego przewracania się (11/33)	
SS.	Klaszcze w ręce (11/31/34/35)	
TT.	Porusza rytmicznie nogami (32/35)	
UU.	Uderza rękami o kolana (11/31/35/36)	
VV.	Podnosi kolana i stopy rytmicznie do marszu (32/35)	
WW.	Stosuje proste sekwencje w ruchu (11/33/35)	
XX.	Porusza się do muzyki i gra na instrumencie w tym samym momencie (11/30)	
YY.	Używa swojego głosu lub instrumentu, ukazując wrażliwość ekspresyjnie (np. przechodzi od dramatycznego do lirycznego charakteru improwizacji) (5/8/9)	
ZZ.	Spontanicznie dokonuje kombinacji muzycznej ekspresji: głos łączy z ruchem lub ruch z grą (3/5/8)	
AAA.	Stosuje szeroki ambitus melodii w śpiewaniu (3/5)	
BBB.	Pokazuje zainteresowanie muzyką poprzez muzyczne reakcje na tworzoną przez siebie lub terapeutę muzykę (5/10)	
CCC.	Pomysłowość dziecka i ekspresja ukazywane są poprzez melodyczne, harmoniczne, rytmiczne zmiany i/lub dobór instrumentów (7/8/9)	
DDD.	Kontynuuje muzyczną aktywność wraz ze wzrostem muzycznej celowości i wytrwałości (stałości) zastosowanych	

instrumentów (1/5)	
EEE. Muzyczny charakter (muzykalna aktywność) jest teraz zdecydowanie tworzony przez dziecko (6/7/9)	
FFF. Nabiera kontroli w wykonywaniu (34/35)	
GGG. W śpiewaniu/graniu na instrumentach ukazuje muzyczną niezależność w dźwiękach czy prowadzeniu fraz (7/8/10)	
HHH. Odkrywa wokalną/instrumentalną wolność oraz pewność (5/13)	
III. Odsłania nieodłączną chęć śpiewania/grania według własnego uznania, wykorzystując swoje umiejętności (7/8/9)	
JJJ. Łączy muzyczne doświadczenie z rytmicznym zaangażowaniem/odreagowaniem (11/34/35)	
KKK. Śpiewa, ekspresyjnie poruszając częściami ciała; ruch odzwierciedla koncentrację, przyjemność, emocjonalne wyzwolenie (11/30/34)	
LLL. Wyraża ekspresyjną narrację poprzez zastosowane formy taneczne (31/32/34)	
MMM. Gra i śpiewa w tym samym momencie (11)	
NNN. Wykonuje krótkie, odruchowe dźwięki, pewne partie będące muzycznym echem improwizacji terapeuty (2/10)	
OOO. Zna nazwy instrumentów i przyporządkowuje nazwy do instrumentów (1/3)	
PPP. Zachowuje strukturę sesji/strukturę muzyczną (1/3/5/39)	
QQQ. Zainteresowany instrumentem: jego brzmieniem, wyglądem; spogląda na niego, ale jeszcze nie gra (5/7)	
RRR. Porusza się do muzyki na swój sposób (34/35)	
SSS. Chętnie się uczy nowych rzeczy (4/5)	

Źródło: na podstawie: A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City, 2004; A. Franczyk, K. Krajewska, *Skarbiec nauczyciela-terapeuty (na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej)*, czyli od programu do realizacji – propozycje rozwiązań

pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006; A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010; P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 374, 400; H.T. Baxter, J.A. Berghofer, L. MacEwan, J. Nelson, K. Peters, P. Roberts, *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2007; M. Raszewska, W. Kulesza, *Muzyka otwiera nam świat – arkusze postępów dziecka autystycznego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, s. 54–56; E. Schwartz, *Music, Therapy and Early Childhood: A Developmental Approach*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008; a także na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji badaczki.

Załącznik 1B. Kategoria pożądane relacyjne muzyczne

Opisuje pożądane relacyjne zachowania muzyczne – każdemu pożądanemu relacyjnemu zachowaniu muzycznemu jest przyporządkowane pożądane relacyjne zachowanie niemuzyczne, które określa społeczno-emocjonalną oraz komunikacyjną sferę rozwojową.

Tabela 42. Kategoria pożądane relacyjne muzyczne

Pożądane relacyjne zachowania muzyczne	Pożądane relacyjne zachowania niemuzyczne
A. Patrzy na twarz osoby, która śpiewa lub gra (8)	1. Odpowiada na powitanie/pożegnanie (s/e)
B. Stosuje melodyczne zmiany w odpowiedzi na zmiany melodii (9/12)	2. Patrzy na terapeutę w trakcie powitania/pożegnania (s/e)
C. Dopasowuje dynamikę swojego śpiewu do dynamiki danej muzyki (3/6)	3. Odpowiada na dany komunikat (s/e)
D. Zmienia ruch w odpowiedzi na usłyszaną muzykę (3/9)	4. Tworzy spontaniczne komunikaty (s/e)
E. Zwraca się ku miejscu, skąd pochodzi dźwięk (3/11)	5. Inicjuje rozmowę/interakcję (s/e)
F. Uderza zgodnie z metrum/pulsem (3/7)	6. Nawiązuje relację (s/e)
G. Zaczyna poruszać się lub grać rytmicznie w odpowiedzi na muzykę (3/9)	7. Nawiązuje dialog i potrafi go podtrzymać (s/e)
H. Improwizuje ruchowo/instrumentalnie/wokalnie interaktywnie z grą/śpiewem terapeuty (6)	8. Utrzymuje prawidłowy kontakt wzrokowy (s/e)
I. Przestaje się ruszać, gdy muzyka zatrzymuje się, lub zaczyna działać muzycznie w trakcie pauz (3/6/10)	9. Reaguje na swoje imię (s/e)
J. Zaczyna się ruszać, gdy muzyka powraca (3/6/10)	10. Obserwuje terapeutę i/lub go słucha; podąża za nim (s/e)
K. Przestaje grać w zakończeniach fraz muzycznych (10)	11. Reaguje na sygnały z otoczenia (s/e)
L. Zmienia akcenty muzyczne w relacji z terapeutą (11/24)	12. Pojawia się społeczny uśmiech (s/e)
M. Zaczyna uderzać w tempie, dostosowując się do tempa terapeuty (3/11/16)	13. Wyraża zadowolenie (s/e)
N. Wykazuje zróżnicowanie dynamiczne w konkretnych piosenkach lub materiale muzycznym (3/6/7/11)	14. Werbalnie i/lub niewerbalnie nawiązuje kontakt/interakcję (k)
	15. Prosi o pomoc (k)
	16. Wyraża pozytywny stosunek do terapeuty i do sytuacji terapeutycznej (s/e)
	17. Idzie na kompromis (s/e)
	18. Jest asertywny – odchodzi od muzycznych działań, będąc w kontakcie (s/e)
	19. Wyraża niezgodę w pewnych sytuacjach (s/e)
	20. Tuli się lub podaje rękę (s/e)
	21. Lubi kontakt fizyczny (s/e)
	22. Rozpoznaje emocje (s/e)
	23. Czuje się swobodnie (s/e)
	24. Lubi być wspierane przez terapeutę (e/s)
	25. Wykorzystuje werbalne formy komunikacji (k)

<p>O. Uderzenia w instrument lub pojawiające się motywy wokalne wskazują na ograniczoną, ale sprecyzowaną muzyczną odpowiedź ze zmianami muzycznymi, które podtrzymują muzyczną aktywność (3/6/11)</p> <p>P. Ukazuje zainteresowanie zagranem na instrumencie w konkretnych piosenkach (określonym materiale) (34)</p> <p>Q. Uderzając w instrument, wskazuje na świadome rozpoznanie elementu muzycznego (puls/metrum/idiom/rytm/tempo/dynamika/zmiany frazowania) (11/37)</p> <p>R. Dodaje instrumenty/aktywności w celu zwiększenia naprężenności muzycznej z terapeutą (7/37)</p> <p>S. Ukazuje zainteresowanie relacją dialogową poprzez eksplorowanie muzycznych doświadczeń (7/37)</p> <p>T. Nie jest liderem; stosuje naprężenność muzyczną do podtrzymywania relacji (3/7)</p> <p>U. Podąża za terapeutą, a czasem prowadzi terapeutę (37/7)</p> <p>V. Radośnie uczestniczy w muzycznej przygodzie i eksploracji wraz z terapeutą (zaufanie) (6/13/16/24)</p> <p>W. Kreatywnie, personalnie komunikuje się w improwizacji (4/37)</p> <p>X. Muzyczna relacja w improwizacji jest długa i zróżnicowana (3/7)</p> <p>Y. Zauważane są zróżnicowania kolorystyczno-barwowe w relacji z terapeutą (6/11/24/37)</p> <p>Z. Płacz dziecka formuje się w muzyczną strukturę fraz i odpowiedzi na podstawie zastosowanych linii melodycznych oraz pauz (3/6/37)</p> <p>AA. Chrząkanie i mruczenie odzwierciedlają tonację i/lub tempo improwizacji (3/11)</p> <p>BB. Jest zmotywowane, by spontanicznie improwizować oraz prowadzić terapeutę (muzyczna asertywność) (4/5/18/19/24)</p>	<p>26. Używa odpowiednich prostych słów (k)</p> <p>27. Gaworzy (k)</p> <p>28. Wokalizuje (k)</p> <p>29. Wypowiada słowa zniekształcone (k)</p> <p>30. Łączy słowa w zdania (k)</p> <p>31. Posiada bogate słownictwo i je rozumie (k)</p> <p>32. Posiada umiejętność produkowania jasnych komunikatów werbalnych, mających na celu wyrażenie chęci/wyboru/potrzeby; rozumie pytania/polecenia (k)</p> <p>33. Wykorzystuje niewerbalne formy komunikacji (k)</p> <p>34. Wyraża chęć/wybór/potrzebę poprzez alternatywne formy komunikacji (gest, obrazek, znak) (k)</p> <p>35. Komunikuje się poprzez przedmiot lub osobę (k)</p> <p>36. Reaguje na polecenia (k)</p> <p>37. Rozwija interakcję (s/e)</p> <p>38. Wyraża emocje adekwatnie do sytuacji (s/e)</p> <p>39. Akceptuje zmiany (s/e)</p> <p>40. Posiada umiejętność samoregulacji swoich emocji w obrębie jednej aktywności (s/e)</p> <p>41. Stany emocjonalne rozwijają się we właściwy sposób (s/e)</p> <p>42. Ukazuje zdolności do rozmawiania na temat stanów emocjonalnych (s/e)</p>
---	--

CC. Zauważa się zmiany muzyczne, sposobu wykonawstwa i jakości brzmienia instrumentu pod wpływem improwizacji terapeuty (3/11/24)	
DD. Celowo porusza ciałem do tworzonej muzyki (odkrywa swobodę) (4/24)	
EE. Tworzy ruchy taneczne, które mogą być uderzająco trafne, w których zauważa się intensywność ekspresji w odpowiedzi na konkretne muzyczne doświadczenie (3/11/24/37)	
FF. Jest zmotywowane do tworzenia i podtrzymywania tańca lub zabawy muzycznej (4/7)	
GG. Odpowiada naprzemiennie terapeutcie, który nadaje ekspresji dziecka muzyczną formę (3/7/11/24)	
HH. Wyraża emocje, wykorzystując instrumenty (38/41/42)	
II. Ukazuje emocjonalną wrażliwość na muzyczne komponenty (3/6/10/11/41)	
JJ. Akceptuje sytuację terapeutyczną bez niepokoju czy stresu (16/17/23/39)	
KK. Posiada umiejętność uspokajania się wraz ze wsparciem terapeuty (24/40)	
LL. Pozostaje w stanie samokontroli z ograniczeniami, które obowiązują na sesji (według struktury) (40/41)	
ŁŁ. Sam decyduje o grze, jej jakości i sposobie (11/18/19)	

Źródło: na podstawie: A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City, 2004; A. Franczyk, K. Krajewska, *Skarbiec nauczyciela-terapeuty (na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej)*, czyli od programu do realizacji – propozycje rozwiązań pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006; A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010; P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 374, 400; H.T. Baxter, J.A. Berghofer, L. MacEwan, J. Nelson, K. Peters, P. Roberts, *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2007; M. Raszewska, W. Kulesza, *Muzyka otwiera nam świat – arkusze postępów dziecka*

autystycznego, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, s. 54–56; E. Schwartz, *Music, Therapy and Early Childhood: A Developmental Approach*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008; a także na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji badaczki.

Załącznik 1C. Kategoria niepożądane muzyczne

Opisuje niepożądane zachowania muzyczne, przy czym każdemu niepożądanemu zachowaniu muzycznemu jest przyporządkowane niepożądane zachowanie niemuzyczne, które określa poznawczą i /lub motoryczną sferę rozwojową.

Tabela 43. Kategoria niepożądane muzyczne

Niepożądane zachowania muzyczne	Niepożądane zachowania niemuzyczne
A. Może próbować przeciwstawiać się i walczyć z muzyką poprzez krzyki (1/3)	1. Ucieka się do zachowań obronnych lub unikających dalszego działania (m)
B. Jest całkowicie niepodatne na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne (2/4)	2. Opór objawia się działaniami wymijającymi w formie naśmiewania, powściągliwości, unikania, przekory (p)
C. Jest częściowo niepodatne na zachętę terapeuty i nie reaguje na jego działania muzyczne (4)	3. Opór objawia się jako manipulacja/niszczące zachowania/bezruch (m)
D. Wydaje się niechętnie do angażowania się w tworzenie (4/14)	4. Wykazuje obojętność i brak aktywności (p)
E. Powstrzymuje się od wspólnej aktywności (2/4)	5. Nie rozumie poleceń wydawanych przez terapeutę (p)
F. Nie śpiewa, nie używa instrumentów (4/14)	6. Zachowania stereotypowe – ruchowe (nadpobudliwość) (m)
G. Odrzuca instrumenty (rzuca po sali) (3)	7. Stymulacje wzrokowe (m)
H. Nie jest zainteresowane instrumentem (4/15)	8. Stymulacje dotykowe (m)
I. Interesują je przedmioty niezwiązane z działaniami muzycznymi (1/11/12)	9. Stymulacje węchowe (m)
J. Nie zna przeznaczenia instrumentów (8/10)	10. Porusza przedmiotami oraz stosuje je niezgodnie z przeznaczeniem (m)
K. Manipuluje instrumentami, nie grając na nich (6/7/8)	11. Nadmierne interesowanie się pewnymi czynnościami/zachowaniami (m)
L. Jest obojętne i nie naśladuje sposobu korzystania z instrumentów (2/13/15)	12. Ograniczone zainteresowanie dla określonych czynności/przedmiotów (m)
M. Nie wsłuchuje się w odbywające się działania (15)	13. Nie rozumie sytuacji terapeutycznej i działań na sesji (p)
N. Stymulacje słuchowe (6)	14. Szybko się rozprasza (mała koncentracja) (p)
O. Rozpoczyna aktywność muzyczną i utrzymuje ją przez krótki czas, ale szybko odchodzi – dekoncentruje się (14/15)	15. Nie jest zainteresowane uczestnictwem w sesji lub w danym działaniu (p)
P. Nie wyciąga ręki po wskazany instrument (3)	16. Potrzebuje wsparcia (wskazówek fizycznych), aby wykonać daną czynność (p)
Q. Nie reaguje na zmiany muzyczne (2/4/14/15)	17. Nie wskazuje części ciała (p)
	18. Nie wskazuje/nie odzwierciedla odgłosów zwierząt (p)

	19. Nie naśladuje działań terapeuty lub naśladuje po pewnym czasie (w odroczeniu) (p)
	20. Rzuca po sali przedmiotami (zabawkami) (m)

Źródło: na podstawie: A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City, 2004; A. Franczyk, K. Krajewska, *Skarbiec nauczyciela-terapeuty (na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej)*, czyli *od programu do realizacji – propozycje rozwiązań pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006; A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010; P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 374, 400; H.T. Baxter, J.A. Berghofer, L. MacEwan, J. Nelson, K. Peters, P. Roberts, *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2007; M. Raszewska, W. Kulesza, *Muzyka otwiera nam świat – arkusze postępów dziecka autystycznego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, s. 54–56; E. Schwartz, *Music, Therapy and Early Childhood: A Developmental Approach*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008; a także na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji badaczki.

Załącznik 1D. Kategoria niepożądane relacyjne muzyczne

Opisuje niepożądane relacyjne zachowania muzyczne – każdemu niepożądanemu relacyjnemu zachowaniu muzycznemu jest przyporządkowane niepożądane relacyjne zachowanie niemuzyczne, które określa społeczno-emocjonalną oraz komunikacyjną sferę rozwojową.

Tabela 44. Kategoria niepożądane relacyjne muzyczne

Niepożądane relacyjne zachowania muzyczne	Niepożądane relacyjne zachowania niemuzyczne
A. Nie używa instrumentów – brak aktywności, relacji (13/29/31)	1. Zachowania stereotypowe – ruchowe (k)
B. Uderza w instrument w niekomunikacyjny sposób – gra jest np. impulsywna, chaotyczna, niekontrolowana, kompulsywna, sztywna (13/31/35)	2. Stymulacje słuchowe i/lub wzrokowe (k)
C. Milczy, jest nieaktywne (17/21)	3. Stymulacje węchowe i/lub dotykowe (k)
D. Płacze, krzyczy, zawodzi, stęka/chrząka, mruczy pod nosem lub wydaje inne dźwięki niewykazujące muzycznych powiązań (9/33/34)	4. Porusza przedmiotami w sposób stymulacyjny (k)
E. Jest nieruchliwe (13/16/24)	5. Nadmierne interesowanie się pewnymi czynnościami/zachowaniami (k)
F. Wykonuje czynności niekomunikacyjne: kołysanie się do przodu, chodzenie, skakanie, kręcenie, bieganie oraz inne, które nie wykazują żadnych konotacji z tworzoną przez terapeutę muzyką (1/5/6)	6. Ograniczone interesowanie się pewnymi czynnościami lub przedmiotami (k)
G. Izoluje pewne części ciała od rytmicznego poruszania nimi (3/5)	7. Echolalie (bezpośrednie, pośrednie) (k)
H. Reaguje negatywnie na narzucające muzyczne działania terapeuty, które mogą wywołać u dziecka panikę/furię (10/11/15/24/35)	8. Chęć podtrzymywania struktury i porządku (lęk przed zmianą) (s/e)
I. Porusza instrumentami nieadekwatnie do celu (1/4/6)	9. Działania zakłócające (s/e)
J. Rzuca instrumentami w terapeutę (9/10/24/33/35)	10. Działania agresywne (fizyczne/słowne) względem drugiej osoby (s/e)
K. Nie reaguje na wprowadzane przez terapeutę	11. Autoagresja (działania samookaleczające) (s/e)
	12. Działania destrukcyjne ⁶⁶² (s/e)
	13. Nie nawiązuje kontaktu z terapeutą (s/e)
	14. Wyraża nieadekwatne emocje do sytuacji (s/e)
	15. Może pojawiać się odczucie przytłoczenia i przerażenia (s/e)
	16. Przychodzi na sesję lub z niej odchodzi z obojętnością lub z niepokojem, które mogą nie ustępować (s/e)
	17. Nie reaguje na sygnały z otoczenia (k)
	18. Wypowiada zniekształcone słowa (k)
	19. Tworzy neologizmy (k)

⁶⁶² Zachowania te są formą komunikacji dziecka autystycznego. Należy je wskazać za każdym razem, kiedy pojawią się podczas sesji, lecz dopiero późniejsza analiza może umożliwić określenie charakteru zaobserwowanego zachowania.

<p>zmiany muzyczne (30/31/ 34)</p> <p>L. Kieruje terapeutą w sposób dyrektywny; nie zważa na drugą osobę (35/36/38)</p> <p>Ł. Nie reaguje na polecenia (22/37)</p>	<p>20. Używa odwróconych zaimków (k)</p> <p>21. Nie wykazuje chęci/potrzeby/wyboru lub wskazanie nie jest zrozumiałe (k)</p> <p>22. Nie reaguje na polecenia (k)</p> <p>23. Nie inicjuje rozmowy i spontanicznych komentarzy (s/e)</p> <p>24. Odrzuca/odpycha terapeutę (s/e)</p> <p>25. Brak kontaktu wzrokowego (s/e)</p> <p>26. Ukośny kontakt wzrokowy (s/e)</p> <p>27. Udawany kontakt wzrokowy(s/e)</p> <p>28. Natarczywy kontakt wzrokowy (s/e)</p> <p>29. Nie reaguje na swoje imię (s/e)</p> <p>30. Nie obserwuje i nie naśladuje innych (s/e)</p> <p>31. Brak naprzemienności w zachowaniu (s/e)</p> <p>32. Wykazuje chęć opuszczenia sali (k)</p> <p>33. Brak kontroli emocjonalnej (nadmierna euforia, agresja, płacz, krzyk, pobudzenie) (s/e)</p> <p>34. Brak ukazywania emocjonalnej wrażliwości na muzyczne komponenty (s/e)</p> <p>35. Brak umiejętności samoregulacji swoich emocji w obrębie jednej aktywności (s/e)</p> <p>36. Przedmiotowe traktowanie terapeuty (s/e)</p> <p>37. Nie odpowiada na pytania (k)</p> <p>38. Kieruje terapeutą; stara się go kontrolować (w chwilach sprzeciwu mogą pojawić się działania niepożądane) (s/e)</p>
--	--

Źródło: na podstawie: A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillsset Assessment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City, 2004; A. Franczyk, K. Krajewska, *Skarbiec nauczyciela-terapeuty (na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej)*, czyli od programu do realizacji – propozycje rozwiązań pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2006; A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010; P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 374, 400; H.T. Baxter, J.A. Berghofer, L. MacEwan, J. Nelson, K. Peters, P. Roberts, *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2007; M. Raszewska, W. Kulesza, *Muzyka otwiera nam świat – arkusze postępów dziecka autystycznego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, s. 54–56; E. Schwartz, *Music, Therapy and Early Childhood: A Developmental Approach*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008; a także na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji badaczki.

Załącznik 2. Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)

Narzędzie opracowano na podstawie: A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillset Assessment* (ADSA), University of Missouri, Kansas City, 2004, s. 68–74. Narzędzie zostało przetłumaczone przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę oraz zaadaptowane do celów badawczych.

Opis narzędzia

Narzędzie jest podzielone na cztery obszary umieszczone w rzędach. Są to: mowa werbalna, umiejętności językowe, odbiór mowy, społeczne umiejętności i zachowanie. Podobszary, również umieszczone w rzędach, wskazują na podstawową ocenę. Narzędzie jest ponadto podzielone na siedem kolumn. Dane umieszcza się w kolumnach od strony lewej do prawej. Pierwsza kolumna wymienia obszary zachowań i podobszary. Druga kolumna pozwala na zapisanie/kodowanie zachowania zaobserwowanego podczas sesji. W trzeciej, czwartej, piątej i szóstej kolumnie można odnotować zaobserwowane zachowania dodatkowe. Ostatnia kolumna przeznaczona jest na zapisanie komentarzy i obserwacji. Zachowania, które pojawiły się w trakcie obserwacji (zaznaczane jako „+”), są sumowane i zestawiane ze sobą podczas pierwszego i ostatniego pomiaru.

Podstawowe informacje dotyczące zdobywania danych

Każdy wewnętrzny kwadrat w rzędach to lista zachowań. Jeśli zaobserwowano zachowanie wymienione w kolumnie, należy zaznaczyć jego wystąpienie znakiem „x” po lewej stronie. Ponadto poniżej każdego zachowania zapisuje się typ odpowiedzi/wskazówki (werbalna, wizualna, fizyczna) oraz liczbę odpowiedzi zastosowanych przez terapeutę/badacza (1, 2, 3+). W niektórych przykładach należy wskazać typ komunikacji, którą dziecko się posłużyło (werbalna, niewerbalna – wskazywanie, alternatywna – komunikacja alternatywna oparta na symbolach lub gestach). Jeśli zaobserwowano określone zachowanie lub okazję do jego pojawienia się, należy je wykazać. Jeżeli zachowanie lub możliwość jego wystąpienia były kierowane bądź wspierane przez terapeutę, a dziecko nie podążyło za tą wskazówką, zachowania tego się nie zaznacza, ale pomija. Każdy kolejne wystąpienie zachowania lub możliwości jego pojawienia się należy zaznaczyć w następnej kolumnie po prawej stronie. Należy odnotować typ i liczbę odpowiedzi, jakie dziecko

otrzymało podczas sesji (w każdym momencie, nawet wtedy, kiedy dziecko nie zaprezentowało danego zachowania). W przypadku każdego typu wskaźnika należy zaznaczyć, ile wskaźników zostało użytych (1, 2, 3+). Jeżeli wskaźnik się nie pojawił, należy zostawić dany obszar pusty.

Poniższy przykład ilustruje sytuację, gdy dziecko odpowiedziało „tak”/„nie” po wcześniejszym wskazaniu dwóch werbalnych wskaźników podczas pierwszego zachowania. Przy drugiej możliwości pojawienia się danego zachowania dziecko nie odpowiedziało „tak”/„nie” po wskazaniu trzech i więcej werbalnych wskaźników. Podczas pierwszej możliwości dziecko nie odpowiedziało na pytanie zaczynające się od partykuły „dlaczego” po zaprezentowaniu trzech i więcej werbalnych wskaźników i trzech i więcej wizualnych wskaźników. Podczas drugiej możliwości wystąpienia danego zachowania dziecko odpowiedziało na dane pytanie („dlaczego”) bez jakiejkolwiek podpowiedzi.

<p>X Odpowiedzi „tak”/„nie”</p> <p><input type="checkbox"/> 1 krok <input type="checkbox"/> 2 krok <input type="checkbox"/> 3 krok</p> <table border="1"> <tr> <th>Verbal.</th> <th>Wizual.</th> <th>Fiz.</th> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table> <p>Odpowiedzi „czy”, „kto”, „co”, inne</p> <p><input type="checkbox"/> 1 krok <input type="checkbox"/> 2 krok <input type="checkbox"/> 3 krok</p> <table border="1"> <tr> <th>Verbal.</th> <th>Wizual.</th> <th>Fiz.</th> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table>	Verbal.	Wizual.	Fiz.	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+	Verbal.	Wizual.	Fiz.	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+	<p>Odpowiedzi „tak”/„nie”</p> <p><input type="checkbox"/> 1 krok <input type="checkbox"/> 2 krok <input type="checkbox"/> 3 krok</p> <table border="1"> <tr> <th>Verbal.</th> <th>Wizual.</th> <th>Fiz.</th> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table> <p>X Odpowiedzi „czy”, „kto”, „co”, inne</p> <p><input type="checkbox"/> 1 krok <input type="checkbox"/> 2 krok <input type="checkbox"/> 3 krok</p> <table border="1"> <tr> <th>Verbal.</th> <th>Wizual.</th> <th>Fiz.</th> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table>	Verbal.	Wizual.	Fiz.	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+	Verbal.	Wizual.	Fiz.	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+
Verbal.	Wizual.	Fiz.																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							
Verbal.	Wizual.	Fiz.																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							
Verbal.	Wizual.	Fiz.																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							
Verbal.	Wizual.	Fiz.																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							

Kolejny przykład ilustruje, jak niemówiące dziecko wskazywało chęć/potrzebę/wybór, stosując jeden wskaźnik podczas pierwszej możliwości. Podczas drugiej dziecko skorzystało z komunikacji alternatywnej (AC), by przekazać chęć/potrzebę/wybór bez żadnej wskazówki. Podczas pierwszego zachowania dziecko identyfikowało kolor niebieski bez wskaźnika, przy drugiej możliwości dziecko identyfikowało werbalnie słowo „kot” dzięki jednej werbalnej wskazówce.

<p>X Wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru</p> <p><input type="checkbox"/> Niewerbal. <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Werbal.</p> <table border="1"> <tr> <td>Werbal.</td> <td>Wizual.</td> <td>Fiz.</td> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table> <p>X Wskazywanie – NIEBIESKI</p> <p><input type="checkbox"/> Niewerbal. <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Werbal.</p> <table border="1"> <tr> <td>Werbalny</td> <td>Wizualny</td> <td>Fizyczny</td> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table>	Werbal.	Wizual.	Fiz.	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+	Werbalny	Wizualny	Fizyczny	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+	<p>X Wskazywanie chęci/potrzeby/wyboru</p> <p><input type="checkbox"/> Niewerbal. <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Werbal.</p> <table border="1"> <tr> <td>Werbal.</td> <td>Wizual.</td> <td>Fiz.</td> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table> <p>X Wskazywanie – KOT</p> <p><input type="checkbox"/> Niewerbal. <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Werbal.</p> <table border="1"> <tr> <td>Werbalny</td> <td>Wizualny</td> <td>Fizyczny</td> </tr> <tr> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> <td>1 2 3+</td> </tr> </table>	Werbal.	Wizual.	Fiz.	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+	Werbalny	Wizualny	Fizyczny	1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+
Werbal.	Wizual.	Fiz.																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							
Werbalny	Wizualny	Fizyczny																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							
Werbal.	Wizual.	Fiz.																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							
Werbalny	Wizualny	Fizyczny																							
1 2 3+	1 2 3+	1 2 3+																							

Załącznik 3. Kwestionariusz uzupełniający Autism Developmental Skillset Assessment (ADSA)

To kwestionariusz, który wypełnia opiekun/rodzic/nauczyciel/inny terapeuta. Narzędzie opracowano na podstawie A.E. Reschke-Hernández, *Autism Developmental Skillset Assessment Supplementary Questionnaire*, University of Missouri, Kansas City 2004, s.76–78.

Tabela 45. Kwestionariusz uzupełniający ADSA

Imię dziecka:	Data urodzin:
Imiona rodziców/opiekunów:	Wiek:
Adres zamieszkania:	
Telefon:	E-mail:
Kto mieszka z dzieckiem (rodzeństwo, rodzice, dziadkowie, zwierzęta, inni):	
Czy dziecko uczęszcza do placówek specjalnych czy typowych placówek oświatowych?	
Szkoła/przedszkole:	Klasa:
Nauczyciel/nauczyciele:	
Pierwsza diagnoza dziecka (kiedy, jaka)	
Inne diagnozy:	
Proszę wypisać: <ul style="list-style-type: none"> • listę przyjmowanych przez dziecko leków • porę przyjmowania leków • ewentualne skutki uboczne 1.	

2. 3. 4. 5. 6.	
Alergie:	
Czy Pani/Pana dziecko nosi: okulary aparaty słuchowe	
Proszę wymienić, jakie mogą zdarzyć się niepożądane zachowania (np. ataki, zachowania samookaleczające, agresja fizyczna)?	
Proszę zaznaczyć obszary, w ramach których Pani/Pana dziecko wykazuje nadwrażliwość. Prosimy o szczegóły, które Pani/Pana zdaniem są istotne. <ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenie słuchowe (np. nadwrażliwość na głośne lub specyficzne dźwięki) • Inne zaburzenia (np. spoglądanie w bok, nadwrażliwość dotykowa, kołysanie się, kręcenie, wachanie) • Powtarzające się zachowania • Zachowania samookaleczające (uderzanie siebie, bicie, drapanie, inne) 	
Proszę wymienić niepokojące zachowania (wpadanie we wściekłość, płkanie, uderzanie, bicie, inne) W jakich okolicznościach pojawiają się powyższe zachowania?	
Czy dziecko posiada plan zachowań? Jeżeli tak, proszę go opisać/wyjaśnić.	

.....	
<p>Czy dziecko ma trudności z przystosowaniem się do zmian?</p> <p>..... tak nie</p> <p>Jak dziecko reaguje na nowe sytuacje?</p> <p>.....</p>	
<p>Czy dziecko samodzielnie korzysta z toalety?</p> <p>..... tak nie</p>	
<p>W jaki sposób dziecko powiadamia innych o potrzebie skorzystania z toalety?</p> <p>.....</p>	
<p>Z których poniższych terapii korzysta Pani/Pana dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logopedia • Terapia behawioralna • Terapia wodna • Hipoterapia • Terapia zajęciowa • Fizjoterapia • Terapia zabawą • Inne (proszę wypisać) <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Poprzez które formy komunikuje się Pani/Pana dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mowa • Mowa rozwijająca się • Gesty • Komunikacja manualna • Obrazki/symbole • PECS • Inne (proszę sprecyzować) <p>.....</p>	
<p>Kto jest przyjacielem/przyjaciółmi Pani/Pana dziecka?</p> <p>.....</p>	<p>W jakim jest/są wieku?</p> <p>.....</p>
<p>Proszę opisać, w jaki sposób dziecko nawiązuje interakcje z przyjaciółmi/rodziną/innymi?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Co Pani/Pana dziecko robi najlepiej?	
Jakie obszary umiejętności dziecka najbardziej Panią/Pana martwią? Proszę wyjaśnić.	
Co motywuje Pani/Pana dziecko?	
Ulubione rzeczy:	
Czego dziecko nie lubi?	
Czy dziecko: unika fizycznej aktywności angażuje się w wiele fizycznych aktywności	
<p>Wcześniejsze muzyczne doświadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prywatne lekcje gry na instrumentach (data rozpoczęcia) • Lekcje muzyczne i uczestniczenie w zajęciach z rówieśnikami tak nie • Muzykoterapia (wcześniejszy muzykoterapeuta i data rozpoczęcia) • Inne (proszę uszczegółowić) 	
<p>Teraźniejsze muzyczne doświadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prywatne lekcje gry na instrumentach (data rozpoczęcia) • Lekcje muzyczne i uczestniczenie w zajęciach z rówieśnikami tak nie • Muzykoterapia (wcześniejszy muzykoterapeuta i data rozpoczęcia) 	

.....	
Czego Pani/Pan oczekuje od interwencji muzykoterapeutycznej?	
Proszę napisać wszelkie dodatkowe komentarze:	

Załącznik 4. Skala obserwacji zachowania dziecka (SOZ-D)

Narzędzie opracowano na podstawie: M. Bogdanowicz, *Skale obserwacji zachowania (SOZ) dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Fokus, Gdańsk 2000, s. 22–23.

Opis narzędzia

Skala bierze pod uwagę rozwój psychomotoryczny dziecka, w tym również rozwój społeczno-emocjonalny. Jest ona podzielona na pięć podskali: rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny, ruchowy oraz specjalny (ostatnia podskala obejmuje świadomość przestrzeni, stereotypie, wokalizacje, agresję lub/i autoagresję, lęk)⁶⁶³. Skala ta została wybrana, gdyż jest narzędziem wystandaryzowanym, najbliższym działaniom muzykoterapeutycznym oraz sprawdza efektywność we wszystkich obszarach rozwojowych (oprócz aspektu komunikacyjnego) dziecka. Skala ta była stosowana zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i kontrolnej w pierwszym i drugim pomiarze. Narzędzie było wypełniane przez trzy osoby na podstawie nagrań z pierwszej i ostatniej sesji każdego przypadku – badacza oraz dwóch sędziów kompetentnych⁶⁶⁴. Każdy sędzia kompetentny otrzymał nagrania z sesji wraz z dokładną instrukcją wypełniania skali oraz kwestionariusz skali. Dane z poszczególnych obszarów były uśredniane (np. dane liczbowe ze sfery poznawczej były sumowane i dzielone przez trzy – liczbę osób sprawdzających). Następnie oceny te zostały wpisane do tabel, a ich końcowe wyniki przedstawiono w formie diagramów (rysunki 5–7) w podrozdziale 6.2. *Pytania badawcze i rezultaty w odniesieniu do obu grup – zestawienie i podsumowanie*.

Poniżej zamieszczono arkusz zapisu obserwacji kwestionariusza SOZ-D, badający poziom funkcjonowania dziecka w poszczególnych obszarach rozwojowych.

⁶⁶³ Ze względu na zbliżone i nakładające się na siebie zachowania w obszarze społecznym i emocjonalnym badacz połączył te dwa obszary, sumując je i wyliczając średnią. Podobne połączenie przeprowadzono w kategoriach badawczych – w kategorii pożądane relacyjne oraz w kategorii niepożądane relacyjne, tworząc sferę społeczno-emocjonalną.

⁶⁶⁴ M. Bogdanowicz, *Skale obserwacji zachowania (SOZ) dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Fokus, Gdańsk 2000, s. 7.

ARKUSZ ZAPISU OBSERWACJI (SOZ-D)

Nazwisko i imię dziecka Wiek

Skale obserwacji

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Zdolność do koncentrowania uwagi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Rozumienie komunikatów | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Świadomość własnego ciała i przestrzeni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Uczenie się wykonywania nowych zadań | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Postawa twórcza, kreatywność | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Nastrój | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ekspresja emocji | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Zdolność do relaksu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Reakcja na kontakt fizyczny i pieszczoty | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Reakcja na trudne ćwiczenia i niepowodzenia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Stosunek do zajęć | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Nawiązywanie kontaktu z obcą osobą | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Stosunek do partnera w parze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Stosunek do innego dziecka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Stosunek do grupy i zajęć grupowych | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Aktywność fizyczna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Sprawność motoryczna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Samodzielność wykonywania zadań ruchowych. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Kontrola ruchów podczas ćwiczeń | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Koordynacja i dostosowanie ruchów | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

I. Podskala „Rozwój poznawczy”

Nr skali	1	2	3	4	5	Razem	Średni wynik
Uzyskany wynik							

II. Podskala „Rozwój emocjonalny”

Nr skali	6	7	8	9	10	Razem	Średni wynik
Uzyskany wynik							

III. Podskala „Rozwój społeczny”

Nr skali	11	12	13	14	15	Razem	Średni wynik
Uzyskany wynik							

IV. Podskala „Rozwój ruchowy”

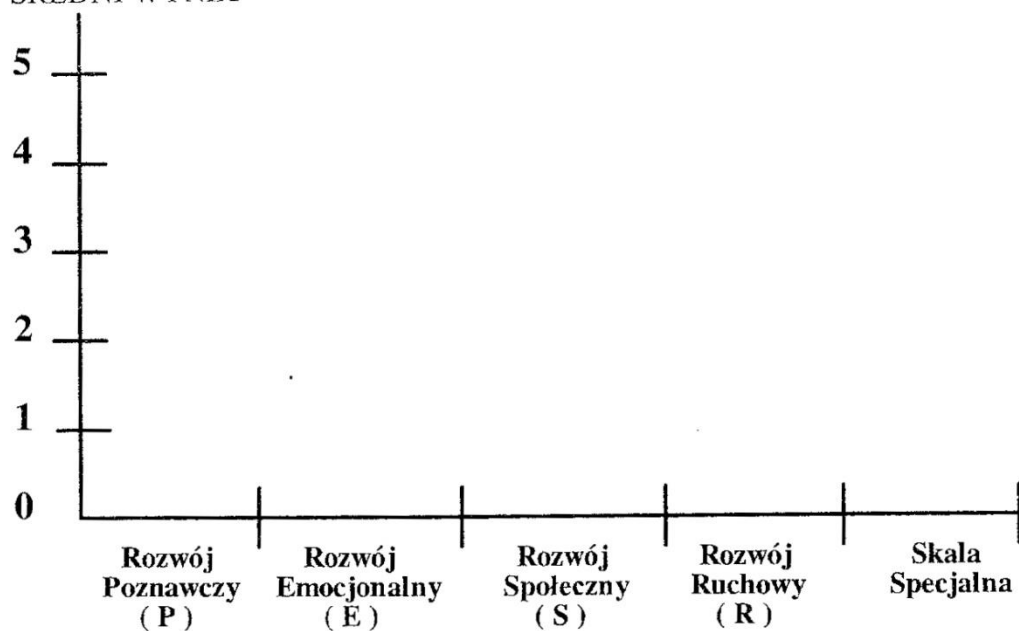
Nr skali	16	17	18	19	20	Razem	Średni wynik
Uzyskany wynik							

V. Skale specjalne

21. Świadomość kierunków	1	2	3	4	5
22. Stereotypie	1	2	3	4	5
23. Wokalizacja	1	2	3	4	5
24. Agresja lub/i autoagresja	1	2	3	4	5
25. Lęk	1	2	3	4	5

PROFIL ROZWOJU

ŚREDNI WYNIK



Interpretacja danych z obserwacji:

Osoba prowadząca obserwację

Załącznik 5. Skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym*

Narzędzie oparto na: *Scale I Child–Therapist Relationship in Coactive Musical Experience Rating Form* stworzonej przez P. Nordoffa i C. Robbinsa⁶⁶⁵. Skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym* została przetłumaczona i opracowana przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę i udostępniona tylko do użytku badawczego.

Tabela 46. Skala I: *Relacja dziecko–terapeuta we wspólnym doświadczaniu muzycznym*

Rodzaj narzędzia	Obszar wykorzystania	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
Skala NR I	stopnie uczestnictwa – U	brak akceptacji – brak odpowiedzi na muzyczną interakcję (1)		
		niepewna akceptacja (2a)		
		duża sprzeczność – odrzucenie (2b)		
		ograniczone reakcje na aktywności muzyczne (3)		
		aktywny rozwój interakcji (4)		
		praca nad relacją (5a)		
		muzyczna asertywność (5b)		
		pewność siebie i dążenie do celu (5c)		
		wzajemność i wspólna kreatywność w muzycznej ekspresji (6)		
		stabilność i zaufanie w muzycznej interakcji (7)		
	stopnie odrzucenia – O	jawna nieświadomość (1a)		
		aktywne odrzucenie (1b)		
		panika, furia (1c)		
		duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu (2)		

⁶⁶⁵ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 374.

		działania wymijające i obronne (3)		
		przekora i/lub manipulacja (4)		
		wytrwałość w kompulsywności i/lub stanowcza nieelastyczność (5a)		
		spór (5b)		
		kryzys – zwrot ku rozwiązaniu (6a)		
		brak oporu (6b)		
		poprzez rozpoznanie swoich możliwości i dobrego samopoczucia dziecko odpiera swoje regresywne tendencje (7)		

Opis narzędzia

Skala NR I składa się z dwóch głównych części: stopnie uczestnictwa w działaniach muzycznych oraz stopnie braku zaangażowania w działania muzyczne, tzw. stopnie odrzucenia. Każda z części jest podzielona na siedem dokładnie opisanych obszarów zachowań dziecka podczas sesji muzykoterapeutycznych. Strukturę skali budują logiczność i usystematyzowanie pojawiających się zachowań oraz organizacja danych. Stopniowość zachowań i zwarty opis opiera się na doświadczeniu relacji terapeuty i dziecka w muzycznej aktywności.

Stopnie uczestnictwa

Pierwszy stopień uczestnictwa (1) wykazuje brak jakiegokolwiek przywiązania czy relacji. Zachowania opierają się na nieakceptacji danej sytuacji, odrzuceniu, manifestowaniu niechęci. Stopień drugi (2) oznacza wstępną akceptację działań oraz niepewny kontakt z terapeutą – wówczas zachowania ze stopnia pierwszego zostają wyparte. W centralnej części skali umieszczone są stopnie trzeci i czwarty (3, 4), w których interakcja rozwija się jako forma spójnego zaangażowania dziecka w aktywność. Elementy interakcji pojawiają się wtedy, kiedy muzyczna aktywność się rozwija. Nabyte doświadczenia powodują, że zwiększa się komunikacyjna asertywność i muzyczna ekspresja. U dziecka przechodzącego ze stopnia czwartego przez piąty do szóstego (5, 6) ujawniają się czynniki interpersonalne, takie jak wspólna przyjemność, muzyczna wzajemność, pewność siebie, która staje się wiodąca. Gdy pomiędzy dzieckiem a terapeutą zawiąże się partnerstwo, dziecko, przewyżając

wcześniejsze ograniczenia, przechodzi do ostatniego, siódmego stopnia (7). Na tym poziomie stabilność, pewność siebie podczas sesji i cele terapii są już w większej mierze zrealizowane.

Cechy odrzucenia

Odrzucenie, które na początkowych sesjach przejawia się zwykle w nieznaczących odpowiedziach/reakcjach, zauważa się zwłaszcza u dzieci autystycznych lub w przypadku innych zaburzeń zachowania lub zaburzeń emocjonalnych. Opór przed relacją może przybierać różne formy, które determinują warunki, w jakich rozwija się relacja – dziecko może być ich całkowicie nieświadome. Takie zachowanie może być interpretowane jako sposób dziecka na samoregulację, unikanie stymulacji lub przeciążenia neurosensorycznego spowodowanych nowym, nieznanym typem doświadczeń. Opór dziecka jest zawsze dużym wyzwaniem dla terapeuty, który stara się dostosowywać do prezentowanej przez dziecko postawy i zaadaptować lub radykalnie zmienić praktyczne i/lub muzyczne podejście.

U wielu dzieci opór na sesji przedstawia się jako skutek uczestniczenia w interakcji – rozwijająca się odpowiedź może być poprzedzona działaniem opartym na odrzuceniu bądź może ono wystąpić po niej. Cecha odrzucenia zmienia się wraz z poziomem uczestnictwa, jaki dzieci są w stanie osiągnąć.

Porównując poziomy uczestnictwa, można zauważyć, że poziom odrzucenia stanowi swego rodzaju przejście – zaczyna się od izolowania się od sytuacji terapeutycznej, wycofania się z niej lub jej aktywnego odrzucania i zmierza do wyższych form zachowań, takich jak unikanie, manipulowanie, wyrażanie asertywności i niezależności w muzycznym działaniu. Na najwyższych poziomach dzieci ujawniają zdolność do odrzucania lub zmiany kierunku regresywnych tendencji. Działania oparte na odrzuceniu przedstawiane są jako istotne wskaźniki faktycznego stanu terapii. Wraz z poziomami uczestnictwa są czynnikami, które dają obraz dynamicznego rozwoju interakcji i umożliwiają ocenę postępów terapeutycznych.

Kryteria wskaźników

Kryteria obejmują szeroki i szczegółowy opis wielu typów zachowań. Wskazują na stopień świadomości dziecka, stan umysłu, jakość i stopień relacji w terapii. Zmiany w zachowaniu umieszczone w skali są bardziej poziome niż pionowe, chociaż mogą zapowiadać przejście na wyższy poziom w relacji dziecko–terapeuta. W praktyce można dostrzec różnicę pomiędzy pracą z dzieckiem, które nie reaguje na muzyczne reakcje, ale akceptuje sytuację terapeutyczną, a pracą z dzieckiem, które całkowicie odrzuca sytuację terapeutyczną. Uczestnictwo na poziomie pierwszym wyraźnie wskazuje na to, że dziecko nie

odrzuca sytuacji terapeutycznej, jest jej świadome, ale nie jest wystarczająco zmotywowane do tworzenia muzycznej odpowiedzi.

Poziomy relacji dziecko–terapeuta podczas sesji muzykoterapeutycznej przedstawiają się następująco:

- stopień 1 – brak odpowiedzi, brak akceptacji; widoczna nieświadomość; aktywne odrzucenie; panika, furia;
- stopień 2 – różne sprzeczne odczucia; niepewna akceptacja, duży niepokój, skłanianie się ku odrzuceniu;
- stopień 3 – ograniczona odpowiedź; działania wymijające i obronne;
- stopień 4 – rozwój aktywnej relacji; przekora i/lub manipulacja;
- stopień 5 – asertywna wspólna aktywność; praca nad relacją, pewność siebie w osiąganiu celów; wytrwałość w kompulsywności i /lub stanowcza nieelastyczność;
- stopień 6 – wzajemność i wspólna kreatywność w ekspresywnym muzycznym działaniu; kryzys – zwrot ku rozwiązaniu; brak oporu;
- stopień 7 – stabilność i pewność siebie w interpersonalnej muzycznej interakcji; dzielenie się znaczącym i ogarniającym zaangażowaniem w uczestnictwo; identyfikowanie i możliwość osiągnięcia dobrego samopoczucia; odpieranie regresywnych tendencji.

Skala NR I może być stosowana do ogólnego badania złożonych reakcji/odpowiedzi dziecka na sesji oraz względnego oszacowania różnych stopni/poziomów uczestnictwa dziecka i cech przeciwdziałania czy oporu manifestowanego na sesji. Do oceny tych zachowań rekomenduje się system oceniania Ruttenberga. System ten pozwala ocenić różnorodność zachowań i wskazać przeważające cechy dziecka oraz jego postępy w interakcji. Podczas oceniania na sesji należy przyznać 10 pkt⁶⁶⁶. Każdy punkt jest umieszczany na skali, określając poziom zachowania dziecka. Oceniający rozdziela punkty proporcjonalnie, przydzielając więcej punktów do obszaru zachowań, który jest najbardziej zauważalny, i mniej punktów do obszaru mało zauważalnego. Oceny powinny być umieszczone na formularzu powyżej właściwego opisu zachowania. Uczestnictwo (U) i opór (O) są oceniane niejednocześnie, gdyż opierają się na zachowaniach zaobserwowanych na sesji.

⁶⁶⁶ Ta część skali została zmodyfikowana. Tutaj badacz, obserwując dane pożądane zachowanie muzyczne, przyznawał punkt za każde zachowanie, tak więc w niektórych przypadkach liczba przyznanych punktów znacznie przekraczała liczbę 10. Modyfikacja została wprowadzona w celu zminimalizowania proporcjonalnego rozdzielania punktów – więcej punktów przydzielono do obszaru zachowań, który jest najbardziej zauważalny, a mniej punktów do obszaru mało zauważalnego.

Skala ta jest efektywnym, praktycznym narzędziem, które umożliwia rejestrowanie wielu zachowań opartych na relacjach, kładzie nacisk na doświadczenia muzyczne oparte na interakcji oraz odzwierciedla aktualny proces terapii wykorzystujący improwizację. Skala pozwala określić relację diady (dziecko–terapeuta), triady (dziecko–terapeuta–koterapeuta), w których dziecko jest jednym z uczestników relacji. Stanowi podsumowanie interakcji pomiędzy efektywnością działań terapeuty a zdolnościami dziecka.

W terapii każde dziecko osiąga określony, odpowiedni dla siebie poziom (niski poziom nie oznacza mniejszej wartości w rozwoju czy mniejszego potencjału w osiąganiu kolejnych poziomów). Skala NR I odzwierciedla także efektywność pracy terapeuty. Pomysłowość terapeuty, jego indywidualny styl, doświadczenie, rozwijanie swoich muzycznych i klinicznych umiejętności wpływają na zakres jakości doświadczeń dziecka na sesji oraz wzmacniają relację dziecko–terapeuta. Terapeuta, który koncentruje się na eksplorowaniu i rozwijaniu zdolności odpowiedzi dziecka, wspiera funkcjonowanie dziecka w muzycznych doświadczeniach zaistniałych na sesji oraz towarzyszy mu podczas momentów uczestnictwa lub odrzucenia.

Wskazanie relacji zazwyczaj nie sprawia trudności – poziomy współuczestnictwa są rozpoznawane jako pewne wyraźne wskaźniki. Rozbieżność pomiędzy odpowiedziami a oporem jest już bardziej zróżnicowana. Jeżeli kliniczny kierunek działań terapeuty jest mniej skoncentrowany i intencjonalny, ogólna odpowiedź dziecka może stać się rozproszona, zdekoncentrowana, a zachowanie wskazywać na nudę, bierność lub frustrację. To może powodować zacieranie się różnic pomiędzy poziomami skali oraz uczestnictwem a jego odmową. Jest to proces wzajemnie uwarunkowany: im bardziej dziecko będzie zaangażowane w muzyczną aktywność, tym efektywniej terapeuta będzie podtrzymywał i rozwijał rodzącą się muzyczną relację. Uzyskując głębszą interakcję i pracując nad funkcjonalnymi lub ekspresywnymi ograniczeniami, dziecko i terapeuta wspólnie tworzą i realizują nowe kanały komunikacji⁶⁶⁷.

⁶⁶⁷ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2007, s. 372–375.

Załącznik 6. Skala II: Muzyczna komunikatywność

Narzędzie oparto na: *Scale II Musical Communicativeness Rating Form* stworzonej przez P. Nordoffa i C. Robbinsa⁶⁶⁸. Skala II: *Muzyczna komunikatywność* została przetłumaczona i opracowana przez A. Knapik-Mikołajczak i S. Knapik-Szwedę i udostępniona tylko do użytku badawczego.

Tabela 47. Skala II: Muzyczna komunikatywność

Rodzaj narzędzia	Wskaźniki narzędzia	Pomiar I	Pomiar II
Skala NR II	brak odpowiedzi muzycznej (1)		
	odpowiedź fragmentaryczna, uciekająca (2)		
	wywołana odpowiedź: odpowiedź stabilna i muzycznie powiązana (3)		
	pobudzona muzyczna świadomość (4a)		
	przerwana muzyczna percepcja (4b)		
	utrzymanie i kierowanie impulsywnej odpowiedzi muzycznej (5a)		
	pojawiająca się muzyczna motywacja (5b)		
	wzrastające zaangażowanie (5c)		
	uczestnictwo w interakcji (6a)		
	rosnąca muzyczna pewność (6b)		
	niezależność w rytmicznych, melodycznych i innych elementach improwizacji (6c)		
	ukazywanie muzycznej inteligencji oraz wykorzystanie tych umiejętności do budowania komunikacji (7a)		
	entuzjazm płynący z muzycznej ekspresji (7b)		

Opis narzędzia

Skala NR II ukazuje możliwość angażowania się dziecka w świadomy muzyczny proces dla rozwoju komunikacji i ekspresji. Ponadto obrazuje stymulujący wpływ muzyki poprzez podtrzymywanie muzycznej relacji, entuzjazmu i motywacji do komunikacji, która ujawnia się podczas procesu terapeutycznego.

Skala składa się z siedmiu poziomów, które określają stopień komunikatywności:

1. Brak muzycznej odpowiedzi komunikacyjnej.

⁶⁶⁸ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2008, s. 400.

2. Wywołana odpowiedź – fragmentaryczna, przelotna; odpowiedź zwrotna powstająca w wyniku muzycznej stymulacji dziecka.
3. Wywołana odpowiedź – bardziej podtrzymująca, niosąca muzyczną odmianę lub celowość; zdolność ekspresyjna i/lub czas odpowiedzi wynikające z muzycznego kontekstu sugerują, że ujawnia się faza procesu poznawczego oparta na inicjowaniu komunikacji; w tej fazie dziecko nie jest zdolne do kierowania komunikacyjnej odpowiedzi.
4. Dziecko zaczyna kierować swoją muzyczną odpowiedź. Objawia się to w procesie jako forma odkrycia, odbioru, rozpoznania swojej muzycznej odpowiedzi w interakcji. Dziecko na tym etapie osiągnęło podstawy muzycznej interakcji.
5. Zauważalne są impulsy (próby) intencjonalnej odpowiedzi dziecka oraz muzycznego dialogu. Zainteresowanie dziecka jest wzbudzane przez muzyczną aktywność. Dążąc do aktywności i doświadczania wraz z terapeutą, dziecko wyraźnie się angażuje.
6. Zaangażowanie dziecka koncentruje się na muzycznej aktywności, która rozwija się jako indywidualna wypowiedź we wspólnej komunikacji. Dziecko osadza i/lub rozszerza swoją indywidualną odpowiedź we wspólnej komunikacji. Wzrasta u niego muzyczna pewność siebie oraz staje się bardziej podatne na działania muzyczne. Pokazuje niezależność w rytmicznych, melodycznych i/lub ekspresyjnych elementach muzycznych. Podąża za terapeutą i może prowadzić terapeutę do urozmaiconych i swobodnych doświadczeń oraz uczestniczy w bardziej zaawansowanych muzycznie aktywnościach.
7. Aktywność komunikacyjna dziecka ujawnia się jako muzyczny entuzjizm. Uczestnicząc we wspólnej kreatywności z terapeutą, dobrze się bawi. Pokazuje satysfakcję ze swoich muzycznych umiejętności – co może wskazywać na wrodzoną muzyczną kreatywność. Muzyczna inteligencja dziecka jest swobodnym działaniem i komunikacją, manifestuje się jako niezależna właściwość jego indywidualności.

Od poziomu 1 do 4 przedstawione zachowania prezentują zróżnicowany stopień świadomości, który prowadzi do początkowej intencjonalnej odpowiedzi muzycznej – od braku jakiegokolwiek odpowiedzi, poprzez wywołane reakcje, ku o ograniczonej aktywności komunikacyjnej. Poziomy te prezentują proces rozwojowy, w którym wyłaniają się zdolności

dziecka – w efekcie dziecko staje się świadome muzycznej odpowiedzi terapeuty. Poziom 4 opisuje dziecko, u którego rozwija się podstawa muzycznego uczestnictwa. Poziomy od 4 do 7 prezentują zachowania komunikacyjne oraz indywidualną dojrzałość muzyczną, która pociąga za sobą wzrastające muzyczne zaangażowanie. Ocenie podlegają aktywności, które ulegają wzmocnieniu i przedstawiają elastyczność, jakość, rozpiętość oraz siłę recepcji i ekspresji podczas sesji. Aktywności te świadczą o muzycznej inteligencji dziecka i jego postępującym odgraniczeniu się od emocjonalnych i/lub fizycznych dysfunkcji, dzięki czemu dziecko staje się jednostką wolną i zdolną do pełnej komunikacji.

Sposoby aktywności komunikacyjnej

Muzyczna komunikatywność jest realizowana w terapii na trzy sposoby: instrumentalny, wokalny, ruchowy. Odpowiedź dziecka może przybierać formę jednego lub dwóch z powyższych sposobów, przy czym może się przenosić od jednej aktywności do drugiej. Badając ogólne znaczenie komunikacyjnej zależności w trakcie sytuacji terapeutycznej, skala NR II definiuje następujące po sobie poziomy komunikacyjnych zachowań i szereguje je pod względem rozwoju aktywności komunikacyjnych pod kątem poziomu komunikacyjnego (1–7) i sposobu działania (trzy kategorie działań).

Ocena i zastosowanie

Formularz oceny służy do przedstawienia poziomów komunikacji dziecka podczas trwania sesji oraz sposobów jego reakcji: instrumentalnego, wokального, ruchowego. Do oceny skali II, podobnie jak w przypadku skali I, stosowany jest system oceniania Ruttenberga. System ten pozwala ocenić różnorodność zachowań i pokazuje dominantę w charakterze dziecka i jego działania. Podczas oceniania na sesji można przydzielić 10 pkt⁶⁶⁹. Każdy punkt jest umieszczany na skali, określając poziom zachowania dziecka. Oceny powinny być umieszczone na formularzu, powyżej właściwego opisu zachowania.

Sposoby aktywności (kategorie działań) – instrumentalna (I), wokalna (W), ruchowa (R) – są oceniane niejednocie, gdyż opierają się na zachowaniach zaobserwowanych podczas sesji. Suma oceny w tych trzech kategoriach wynosi 10 pkt. Oceniający przyznaje punkty równomiernie, możliwie jak najwierniej odzwierciedlając stopień komunikatywności

⁶⁶⁹ Ta część skali została zmodyfikowana. Tutaj badacz, obserwując dane požądane zachowanie muzyczne, przyznawał punkt za każde zachowanie, tak więc w niektórych przypadkach liczba przyznanych punktów znacznie przekraczała liczbę 10. Modyfikacja została wprowadzona w celu zminimalizowania proporcjonalnego rozdzielania punktów – więcej punktów przydzielono do obszaru zachowań, który jest najbardziej zauważalny, a mniej punktów do obszaru mało zauważalnego.

na sesji. Podobnie jak w przypadku skali I, może się okazać pomocna punktacja półpunktowa, gdyż ocenie podlega łącznie 21 poziomów (po siedem w każdej z trzech kategorii).

Stosując skalę NR II, oceniający powinien opierać się na doświadczeniu terapeutycznym oraz na działaniu praktycznym. Sposób odbioru wyników przez osobę oceniającą zależy od jej subiektywnych uwarunkowań i zagłębienia się w terapeutyczną pracę. Oceniający wykorzystujący tę skalę powinien dokonać oceny perspektywicznej, gdyż określenie zachowań oraz czasu trwania jest problematyczne. Kryteria oceny skali wytyczone przez muzyczne zachowania komunikacyjne są zróżnicowane, ale gdy oceniający musi dokonać oceny właściwego poziomu w trzech kategoriach działań podczas sesji, mogą wystąpić trudności. Trudności te wynikają ze specyfiki tych trzech czynników, do których skala się odnosi, a mianowicie:

- zróżnicowanego charakteru muzykoterapii opartej na improwizacji,
- rozwoju dziecka,
- interakcji.

Procedura oceniania skali jest skomplikowana z uwagi na wymóg ciągłości oceny zachodzących zmian i precyzyjnego odmierzenia czasu. Analizowanie muzycznych aktywności powinno być przeprowadzone w sposób rzetelny, a zyskiwane rezultaty nie powinny się znacznie różnić od wyników uzyskanych w skali używanej przy bardziej holistycznym ocenianiu⁶⁷⁰.

⁶⁷⁰ P. Nordoff, C. Robbins, *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Barcelona Publishers, Gilsum 2007, s. 400–409.

WYKAZY

Wykaz tabel

Tabela 1. Poziomy funkcjonowania osób zdiagnozowanych na podstawie DSM-V	18
Tabela 2. Zestawienie kryteriów diagnostycznych: DSM-IV-R, ICD-10 oraz DSM-V	20
Tabela 3. Charakterystyka całościowych zaburzeń rozwojowych według DSM-IV-TR oraz ICD-10.....	23
Tabela 4. Podstawowe deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci z autyzmem	47
Tabela 5. Zaburzenia percepcji dzieci ze spektrum autyzmu.....	55
Tabela 6. Rodzaje zaburzeń sensorycznych u osób z autyzmem	57
Tabela 7. Objawy ASD u niemowląt i małych dzieci	61
Tabela 8. Wczesne symptomy zaburzenia ze spektrum autyzmu	62
Tabela 9. Strategie i techniki terapeutyczne wykorzystywane w pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu	66
Tabela 10. Stan najważniejszych badań z zakresu przydatności muzykoterapii w pracy z osobami z autyzmem	122
Tabela 11. Przypadek Piotra – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi	151
Tabela 12. Przypadek Piotra – dane liczbowe SOZ-D.....	157
Tabela 13. Przypadek Piotra – zestawienie narzędzi badawczych.....	158
Tabela 14. Przypadek Julii – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi.....	168
Tabela 15. Przypadek Julii – dane liczbowe SOZ-D	175
Tabela 16. Przypadek Julii – zestawienie narzędzi badawczych	176
Tabela 17. Przypadek Oskara – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi	187
Tabela 18. Przypadek Oskara – dane liczbowe SOZ-D	194
Tabela 19. Przypadek Oskara – zestawienie narzędzi badawczych.....	196
Tabela 20. Przypadek Damiana – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi.....	208
Tabela 21. Przypadek Damiana – dane liczbowe SOZ-D	216
Tabela 22. Przypadek Damiana – zestawienie narzędzi badawczych.....	217

Tabela 23. Przypadek Macieja – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi	229
Tabela 24. Przypadek Macieja – dane liczbowe SOZ-D	235
Tabela 25. Przypadek Macieja – zestawienie narzędzi badawczych	237
Tabela 26. Przypadek Miłosza – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi	249
Tabela 27. Przypadek Miłosza – dane liczbowe SOZ-D	256
Tabela 28. Przypadek Miłosza – zestawienie narzędzi badawczych	258
Tabela 29. Przypadek Natalii – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi	269
Tabela 30. Przypadek Natalii – dane liczbowe SOZ-D	277
Tabela 31. Przypadek Natalii – zestawienie narzędzi badawczych	278
Tabela 32. Przypadek Alana – kategorie badawcze wraz z określonymi kodami badawczymi	288
Tabela 33. Przypadek Alana – dane liczbowe SOZ-D	293
Tabela 34. Przypadek Alana – zestawienie narzędzi badawczych.....	294
Tabela 35. Wyniki w obszarze komunikacyjnym	299
Tabela 36. Wyniki w obszarze społeczno-emocjonalnym	300
Tabela 37. Wyniki w obszarze poznawczym	301
Tabela 38. Wyniki w obszarze motorycznym	302
Tabela 39. Wyniki opisowe oddziaływań doświadczeń muzykoterapeutycznych na sfery rozwojowe dzieci z autyzmem	303
Tabela 40. Liczbowe zestawienie wyników oddziaływania poszczególnych doświadczeń muzykoterapeutycznych na określone sfery rozwojowe dzieci	304

Wykaz ilustracji

Rysunek 1. Pytania badawcze	141
Rysunek 2. Model protokołu badawczego	144